عالم المعرفة

236

سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية

تحرير: داڤيد أرنولد

ترجمة: د. مصطفى إبراهيم فهمي

عالم المعرفة
سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ـ الكويت
صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923 ـ 1990

236

الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية

تحرير: داڤيد أرنولد

ترجمة: د. مصطفى إبراهيم فهمي

أغسطس 1998

المواد المنشورة في هذه السلسلة تعبر عن رأي كاتبها
ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلس

المحتوى

المحتوى
المحتوى
المحتوى

مقدمة المترجم 7

تمهيد المحرر العام 9

الفصل الأول:
المرض والطب والإمبريالية 11

الفصل الثاني:
المجانين الأوربيون في الهند البريطانية 43

الفصل الثالث:
الجدري وطب المستعمرات في الهند في القرن التاسع عشر 65

الفصل الرابع:
الطب والسياسة العرقية 91

الفصل الخامس:
أوبئة مرض النوم والصحة العامة في الكونغو البلجيكي 133

الفصل السادس:
الكوليرا وأصول نظام صحة البيئة الأمريكي في الفيليبين 159

الفصل السابع:
الطاعون وتوترات الإمبراطورية 187

الفصل الثامن:
جائحة الإنفلونزا في روديسيا الجنوبية: أزمة مفهوم 213

الفصل التاسع:
البلهارسيا: مشكلة «لصحة الأهالي 235

المحتوى

الفصل العاشر:
اكتشاف سوء التغذية بالمستعمرات فيما بين الحربين 259

المؤلف في سطور 281

يرى بعض مؤرخي الاستعمار الغربي أنه على الرغم من قسوة الحكم الاستعماري، فإن له إنجازاته الطبية في المستعمرات، بحيث تعد من حسنات هذا الحكم. ويتساءل محررو كتاب «الطب الإمبريالي»، وكلهم غربيون: هل كان الطب الغربي في المستعمرات حقا طبا عقلانيا وإنسانيا كما يفترض كثيرا، وهل يعد حقا إحدى فوائد الإمبريالية التي لا يمكن إنكارها؟ ألا يمكن أن يكون هذا الطب في الحقيقة سلاحا آخر من بين ترسانة الأسلحة الأيديولوجية للحكم الأجنبي التي يستخدمها في محاولته للهيمنة؟ لمصلحة من استخدم هذا الطب؟ هل كان أساسا لمصلحة أفراد الإدارة الاستعمارية والجيش، أم لمصلحة شعوب المستعمرات، أم للاثنين معا؟

ويستكشف الكتاب بأسلوب شائق، وأحيانا ساخر، أهداف الطب الغربي الإمبريالي خاصة في القرنين التاسع عشر والعشرين، ويظل الهاجس الرئيسي للكتاب هو تأثير هذا الطب في المستعمرات وتأثره بها، ودوره كعامل تفاعل بين الحكام والمحكومين، وهو يجوب بنا آفاقا تمتد من الكونغو البلجيكي حتى جزر الفيلبين الأمريكية، ومن علاج مجانين الهند من الأوروبيين والأهالي حتى اكتشاف سوء التغذية بين سكان العالم الثالث، وإذ يتوقف وقفة طويلة عند استعمار نيوزيلندا فإن القارئ العربي سيتبين في هذه الوقفة، أوجه شبه كبيرة

بين التطور التدريجي للمستوطنين البريطانيين في الاستيلاء على الأرض من شعب نيوزيلندا الأصلي، وتطورات ذلك عند المستوطنين الصهاينة.

كما يوضح الكتاب كيف تزامن توسع الإمبراطوريات الاستعمارية في القرن التاسع عشر، مع ما حدث من تقدم علمي كبير في الطب، خاصة مع اكتشاف الميكروبات التي لها دورها في الأمراض المعدية، مثل الكوليرا والسل. وأعطى هذا التقدم العلمي إدارة المستعمرات إحساسا أكبر بالتفوق والثقة المفرطة، وطرحت الإدارة الاستعمارية مقولة: «إنه ينبغي لأسباب إنسانية فرض الطب الغربي المتقدم على شعوب المستعمرات المتخلفة، التي يرى الغرب أن فقرها وجهلها هما السبب الوحيد الذي جعلها تصبح مرتعا للأمراض، وليس استغلالها واستنزاف ثرواتها». وبعد أن كان الطب الغربي في أول العهد بالمستعمرات يقتصر على تقديم خدماته للأوروبيين وحدهم، بدأت إدارة المستعمرات في نهاية القرن التاسع عشر محاولة إدخال مفاهيم وممارسات الطب الغربي إلى مجتمعات أهالي المستعمرات، وواكب ذلك أيضا محاولة إدخال المفاهيم الغربية عن التقدم والعلم وصحة البيئة. غير أن هذه المحاولات كثيرا ما كانت تعوقها قيود سياسية واقتصادية وتقنية، كما كانت تقابل أحيانا بمقاومة الثقافة المحلية للأهالي الذين لهم مفاهيمهم وممارساتهم الطبية الخاصة بهم. بل إن محاولة فرض المفاهيم والممارسات الغربية بالقوة كانت أحيانا تؤدي إلى زيادة انتشار المرض وليس وقفه. وثمة إشارة طريفة إلى أن الغربيين أنفسهم في أول عهود الاستعمار، كانوا يلجأون عند المرض إلى الأطباء المحليين من الأهالي، وذلك حسب أوامر إدارتهم، بزعم أن هؤلاء الأطباء أدرى بالأمراض المحلية.

هكذا يعيد الكتاب تقييم تاريخ الطب الغربي الإمبريالي، مستخدما المناهج البيئية الجديدة التي تلقي ضوءا جديدا على الأوضاع السياسية، والاقتصادية والاجتماعية والبيئية والأنثروبولوجية، وذلك كله من خلال دراسة ومقارنة المعتقدات والممارسات الطبية الغربية والمحلية معا. كما يثير الكتاب أثناء ذلك قضايا ما زال لها دورها المهم حتى الآن، فيما يثار حاليا من مناقشات حول التنمية والأحوال الصحية في العالم الثالث. ويتضح ذلك بشكل أكبر في الفصل الأخيرحول سوء التغذية.

د. مصطفى إبراهيم فهمي

الإمبريالية أكثر من مجرد مجموعة من الظواهر الاقتصادية والسياسية والعسكرية. فهي أيديولوجية ذات تركيب كان لها تعبيرات فكرية وثقافية وتقنية واسعة الانتشار في عهود سيادة أوروبا على العالم. وقد صممت سلسلة «دراسات في الإمبريالية» لتستكشف أساسا هذه المجالات المهملة نسبيا، وإن لم تقتصر عليها على وجه الحصر. وقد خطط فيها لكتب تتناول النواحي البيئية في الحكم الإمبريالي، والعلم، والتعليم، والفرص الجنسية، والأدب، والفن، والتصميمات وغير ذلك. على أن إصلاح الميزان ليميل لناحية هذه الدراسات التي تتسم بالتعدد المنهجي والمزج الثقافي، لا يقصد به أنه ينبغي تجاهل دراسة الأبعاد الاقتصادية والسياسية والعسكرية. فالسلسلة تسعى لأن تبرهن على أن هذه الأبعاد لا يمكن فهمها على الوجه الأكمل إلا في سياقها الثقافي الأوسع، وعلى أن الإمبريالية لها تأثيرات عميقة في المجتمعات المسيطرة مثلما في المجتمعات الخاضعة.

كثيرا ما كان ينظر إلى انتشار الطب الغربي على أنه يعد نصرا قاطعا وتبريرا حاسما للحكم الإمبريالي. وكتابة التاريخ التي تتخذ من أوروبا محورا لها، قد وصفت المرض على أنه إحدى المشاكل الكبرى التي كان على الأوروبيين أن يتغلبوا عليها، حتى يؤمنوا سيادتهم على العالم الواسع. ويجري القول تقليديا بأنه قد حدثت في القرن التاسع عشر

استجابة من الطب الغربي لسلسلة من التحديات، فحدثت مثلا قفزات هائلة للأمام في علم الوبائيات فيما يختص بكل من المناطق الحارة والمعتدلة، وكذلك أيضا في الباثولوجيا (علم الأمراض) وعلم المناعة وعلم الأدوية. وقد ساعد ذلك على أن يجعل العالم مكانا أكثر أمانا للأوروبيين. وليس هذا فحسب، بل إنه أيضا قد حسن من صحة السكان المحليين حيث تدفقت عليهم فوائد التقدم العلمي. على أنه قد أصبح من الواضح في السنوات الأخيرة، أن تفاعل الإمبريالية مع المرض والأبحاث الطبية وإدارة سياسات العمل الصحية، أمر أكثر تعقدا إلى حد له اعتباره. إن الطب نفسه كان وسيلة رئيسية لنقل الأفكار الإمبريالية وتطبيقاتها، طارحا تبصرات مليئة بالإيحاءات فيما يتعلق بالصفة العامة للتوسع الأوروبي. فالإمبريالية تضفي ضوءا كاشفا على حقيقة أن الطب أيديولوجية بقدر ما هو تطبيق. وهو يمثل طريقة معينة لرؤية العلاقات الموجودة بين أفراد البشر وبيئتهم والموجودة بين الشعوب، وهو يوضح جيدا الحاجة إلى دراسة الاعتماد المتبادل بين المدن الحواضر ومناطق الأطراف. تعكس هذه المجموعة مدى اتساع الدراسات الحالية التي تطبق على أنواع شتى من الممارسات الإمبريالية في قارات مختلفة، كما تعكس مدى ما فيها من علوم بيئية، وينبثق عن ذلك مواضيع بحث مشتركة وطرائق تحليل ذات تطبيقات واسعة مثل: المواجهة بين منظومات الطب المحلية وتلك الغربية، ودور الطب في الحرب والمقاومة، وطبيعة طرائق تناول الصحة العقلية. كما تبرهن هذه المجموعة على أن تطبيق الأفكار الطبية كانت تحبطه القيود الإدارية، بنفس القدر الذي كانت الاهتمامات الإنسانية تعمل على أن ترقى به، وهناك تباين في مدى قوة الاستجابة حسب الأهمية الاقتصادية للضحايا والسياق الجغرافي لهم. وسنجد أن الاستراتيجيات الوبائية ربما تؤدي إلى التعجيل بنشر العدوى بدلا من أن توقفها، كما سنجد أن الصلات بين المرض وسوء التغذية وعلاقتهما بالظروف الاجتماعية والبيئية التي تتأثر بسياسة العمل الإمبريالية، كل هذا لم يكن مفهوما إلا على نحو مبهم. وهذه المقالات تساهم في إجراء مراجعة تاريخية مهمة، كما تقدم مرشدا لما يجري حاليا من الأبحاث، وتقدم أيضا علامات طريق لما سيجري مستقبلا من أبحاث الاستقصاء.

جون م. ماك كنزي

1

مقدمة: المرض والطب والإمبراطورية

دافيد أرنولد

كتب ك. دافيد باترسون وچيرالد و. هارتويج في مقدمتهما لكتاب «المرض في التاريخ الأفريقي» الذي نشر في 1978: «أهمل مؤرخو أفريقيا عموما دراسة الظروف الصحية في الماضي. كما أهملوا دراسة دور المرض والرعاية الصحية والطب في التاريخ. وذلك على الرغم من الأهمية الواضحة لثقل عبء المرض على القارة الأفريقية». وهذه المقولة تبدو الآن أقل صحة إلى حد له مغزاه عما كان عليه الأمر منذ عقد (وذلك في جزء منه بفضل ما بذله هارتويج وباترسون من جهودهما الخاصة)، وعموما فإن تاريخ المرض والطب لم يعد يهمل الآن مثلما كان يحدث قبلها، وإذا كان الكثير من هذا الاهتمام الدراسي يتركز على دور وتأثير المرض والطب في مجتمعات أوروبا وأمريكا الشمالية، إلا أن سائر العالم أخذ يخضع أيضا للفحص المدقق على نحو متزايد. وقد تم بحث بعض المناطق على نطاق أوسع من غيرها: فالأدبيات عن أفريقيا أصبحت الآن متنوعة وواسعة المدى على نحو مثير

للإعجاب، أما الأدبيات عن جنوب آسيا وجنوب شرقها فما زالت قليلة نسبيا، في حين أنه يمكن لمنطقة المحيط الهادي وأستراليا أن تباهي بما يخصها من أدبيات تتنامى سريعا. ولا ريب في أنه ما زال هناك الكثير مما يمكن إنجازه، وسوف يتم إنجازه. ولكننا على الأقل نجد من الواضح أن الكثير من المؤرخين هم الآن واعون بما للأرشيف الطبي من ثراء، وما له من قيمة في دراسة التاريخ الاجتماعي والسياسي والاقتصادي.

ونظرا لحداثة هذا المجال فلعل مما لا يثير الدهشة، أنه لا يوجد إلا قدر ضئيل من الاتفاق بشأن ما تكونه القضايا المحررة في تاريخ الطب والمرض في سياق ما هو خارج أوروبا. ولا ريب أنه لا يوجد إجماع بشأن أي طريقة للتناول تتخذ لذلك. وهناك كثير من الأدبيات الموجودة تتسم صراحة بأنها ذات صفة استكشافية، ولا تفعل إلا ما يزيد قليلا على مجرد التعرف على فترات أو اتجاهات يبدو أن لها مغزاها الأوسع، أو أنها في حد ذاتها تمثل نقط تحول تاريخية. وبعض الكتاب، كما في أوروبا، يقتصرون على دراسة وباء واحد، هادفين من ذلك إلى تعرية الخلافات والتوترات التي يكشف عنها مجتمع ما عندما يكون في حالة أزمة، بينما يحيط آخرون بحثهم بإطار من لغة من «الاقتصاد السياسي» للصحة والمرض، ويلتمسون إيجاد علاقة بين وقوع المرض وما يُحدَّد من موارد الرعاية الصحية من ناحية، وبين البنى السياسية والاقتصادية للحكم الاستعماري من الناحية الأخرى. بل وهناك عدد قليل منهم لديه طموح أكبر فوصفوا انتشار المرض خلال الكرة الأرضية عبر القرون الخمسة الأخيرة. والديموجرافيا[*1] التاريخية، هي أحد المجالات التي تزايد الاهتمام بها على نحو سريع، بينما ثمة علم جديد بازغ هو الأنثروبولوجيا[*2] الطبية، أخذ أيضا في تفتيح طرائق تناول تاريخية جديدة لدراسة المرض والطب، في المجتمعات المحلية في أفريقيا وآسيا وأقيانوسيا والأمريكتين. ومع ما يوجد من هذا التنوع في طرائق التناول، ومع ما يوجد أيضا من انقسام متواصل بين أولئك الذين يرون أن تاريخ الطب هو قصة تظهر لنا الاكتشافات العلمية وانخفاض معدلات الوفاة، وبين أولئك الذين يرون الطب في ضوء يفسره تفسيرا أوضح «كنتاج ثقافي» و «انعكاس للكيان الكلي للمجتمع»، مع كل هذا فإنه من غير المحتمل أن تنبثق في المستقبل القريب أي صورة عامة متفق عليها.

على أنه سيكون من التسرع افتراض وجود أي نوع من تطابق طبيعي أو أوتوماتيكي، بين الخبرات التاريخية لتلك البلاد المختلفة جغرافيا وسياسيا وثقافيا، والتي كانت تشكل العالم الاستعماري الغربي على مدى القرون الحديثة.

ولكن إذا كان هذا الكتاب لا يستطيع الزعم بوجود أي نوع من هذه الشمولية أو العمومية، فإنه يمكن على الأقل أن يطرح أن هناك أهمية لمباحث وقضايا معينة، بازغة في تاريخ الطب والمرض ودورهما في سياق المجابهة الاستعمارية. ويركز المساهمون في هذا الكتاب على القرنين التاسع عشر والعشرين، من حيث إنهما يمثلان فترة تغير خطير بالنسبة لتاريخ الطب الغربي، وكذلك أيضا بالنسبة لحياة معظم الشعوب غير الأوروبية، كما أن المشاركين يعينون المرض والطب كموقع للاتصال والاختلاف بين الحكام الغربيين والشعوب المحلية، يحتمل أن يصبح موقع التقاء بينهما في النهاية، كما يعمل المشاركون على توضيح التناقضات والتنافسات الموجودة من داخل النظام الإمبريالي نفسه، ويعينون أهمية الطب والمرض بالنسبة للإطار الأيديولوجي والسياسي للإمبراطورية، ويجذبون الانتباه لدور هيئات العمل الطبية والممارسات الطبية في تشكيل تأثيرات النظم الاستعمارية وهويتها، والمشاركون في الكتاب، إذ يفعلون كل ما سبق، إنما يبرهنون بذلك على ما للمرض والطب من أهمية محورية لأي فهم للحكم الإمبريالي.

والشاغل الرئيسي هنا لا يتعلق بالمرض والطب في حد ذاتهما، بقدر ما يتعلق بالفائدة من استخدامهما ـ ما الذي يكشفان عنه من طبيعة هذه الإمبريالية الشاملة ومشاغلها وطموحاتها ومناهجها؟ ـ وفي الوقت نفسه فإن مؤلفي الكتاب، لا ينظرون إلى الأفكار والمؤسسات الطبية الغربية على أنها تعمل في فراغ ثقافي، أو أنها بنى يمكن فرضها طوعا أو كرها على مجتمعات محلية في حالة إذعان، والأحرى أنهم ينظرون إلى الطب والمرض على أنهما يوصّفان علاقات من القوة والسلطة، بين الحاكمين والمحكومين وبين العناصر المكونة للاستعمار. وهذه العلاقات ليست استاتيكية، كما أنها ليست بالضرورة مما لا يقاوم: فهي تخضع لتأثيرات تنبثق من الغرب (ليس فقط من خلال تطورات علم الطب في أثناء تلك الفترة) ، كما أنها تخضع كذلك لتأثير التغيرات التي تنشأ من داخل المناطق المحلية نفسها.

وهذه العلاقة المركبة المتحولة هي في الصميم من حالات الدراسة التالية، التي يؤمل أنها من خلال تفحصها للمرض والطب سوف تساعد على الإسهام في تقييم جديد لطبيعة ونتائج الإمبريالية نفسها.

المرض

في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين كانت مخاطر المرض وأضراره السلبية، تعد بالنسبة للكثير من الأوروبيين من أفراد الإدارة والمصلحين والأطباء بمنزلة جزء راسخ من بيئة المناطق الحارة المعادية التي لم تروض بعد. وكان ينظر إلى أفريقيا وآسيا والأمريكتين على أنها كلها لها أمراضها المميتة المعوقة، التي لا يمكن السيطرة عليها على نحو فعال إلا عن طريق ما في الطب الأوروبي من فائق المعرفة والمهارة. وحسب هذه النظرة فإن التدخل الطبي الأوروبي يمثل التقدم في اتجاه نظام اجتماعي وبيئي أكثر «تحضرا». وبالتالي فإن فلورانس نايتينجيل[*3]، التي كان لها أهميتها كشخصية في تاريخ السياسة الطبية بالمستعمرات البريطانية، كانت ترى أن إنشاء إدارة للصحة العامة في الهند هو جزء من مهمة «جلب حضارة أرقى إلى الهند»، وكانت تعتقد أن إدخال الرعاية الطبية في شبه القارة الهندية ليس فحسب «مهمة نبيلة» في حد ذاتها: وإنما هو أمر لا يقل عن «خلق الهند خلقا جديدا». وبالنسبة لداڤيد ليڤنجستون المبشر الديني والمستكشف، فإن الطب كذلك يقدم طريقا لإنقاذ أفريقيا من حالة المعاناة التي تكابدها، و «لجعلها متحضرة»، ولإعدادها لنعم المسيحية.

ومع أنه كان هناك أحيانا إدراك لما للوجود الأوروبي من نتائج صحية سلبية (كما في حالة الأمراض التناسلية)، إلا أن الطب كان يؤخذ كممثل أصيل لما للحكم الأوروبي من تأثيرات بناءة ومفيدة، وبالتالي كان الطب يعد بالنسبة للفكر الإمبريالي كإحدى الدعاوى التي تبرر شرعيته، وأقل هذه الدعاوى إثارة للخلاف. وكان هيوبرت ليوتي أحد زعماء من يؤيدون أن الطب العسكري أداة للمساعدة في إرساء السلطان الفرنسي في أفريقيا، وقد ذهب بعيدا إلى حد الزعم بأن «العذر الوحيد للاستعمار هو الطب». وقد ألقى ليوتي خطابا في 1926، مع قرب نهاية نشاطه المهني، اعترف فيه بأن الاستعمار له «جوانبه القاسية»، وأنه ليس «فوق اللوم»، وليس «خاليا

من المثالب». ولكنه يصر على أنه إذا كان هناك أمر واحد يضفي النبل على الاستعمار ويبرره، فهو ما يفعله الطبيب. وأحيانا يقترب رأي المؤرخين أيضا من التصديق على هذا الحكم. فقد كتب لويس جان وبيتر ديجنان لغة فيها أصداء من رأي ليوتي، فزعما وهما يناقشان انخفاض معدل الوفاة في مستعمرات غرب أفريقيا وما يحدث فيها من نمو سكاني متدفق، أنه «أيا ما كانت المساوئ السياسية للاستعمار فإن نجاحه من الناحية البيولوجية يعد من أعظم قصص النجاح في التاريخ الحديث».

على أن معظم الكتاب الحديثين يتخذون آراء فيها نقد أشد كثيرا، فيلقون الأضواء الكاشفة على الكوارث الديموجرافية والاجتماعية التي نتجت عن بدء مخالطة الأوروبيين، ويرون أن الاستعمار نفسه خطر صحي رئيسي على السكان المحليين. أما «نجاحات» الطب الغربي، إن كان قد ظهر له نجاحات على الإطلاق، فينظر إليها على أن وصولها كان متأخرا في العصر الاستعماري، أو على أنها لم تفد إلا جزءا من إجمالي عدد السكان. ويتركز أحد خطوط النقاش على الأمراض الوبائية التي يكون لها غالبا تأثير مدمر، والتي أدخلها الأوروبيون بلا وعي منهم، وأطلقوا العنان لها في مجتمعات ليست لديها خبرة سابقة بنتائج الأوبئة المخربة، كما أنها بما يثير الأسى مجتمعات ليس لديها إلا أدنى مناعة ضد هذه الأوبئة. ومن الأمثلة المثيرة لذلك أكثر الإثارة الجدري والحصبة وغير ذلك من الأمراض الوبائية، التي صاحبت الفتوح الإسبانية في المكسيك وبيرو في أوائل القرن السادس عشر. ومما يعتقد الآن أن وصول هذه «الأمراض الوبائية في أرض عذراء»، كان له دور في إسقاط إمبراطورية الأزتيك والأنكا(*4) لا يقل عن دور الأسلحة الإسبانية والجبروت الإسباني، فقد أبيد السكان المحليون بأمراض معدية كان الفاتحون أنفسهم محصنين إلى حد كبير ضدها. وقد تكرر هذا النمط من الغزو البكتريولوجي في أجزاء كثيرة أخرى من العالم غير الأوروبي، في القرون التالية ـ كما حدث مثلا بين الكُويكُوي في جنوب أفريقيا في القرن الثامن عشر، أو بين الأبورچينيين الأستراليين، والماووري النيوزلنديين وسكان جزر الهادي في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر. ومن المعتقد أن الجدري كان السبب في هلاك نصف السكان الأبورچينيين حول پورت جاكسون في 1789: وفي 1875 نجم عن وباء للحصبة مقتل ثلث

سكان فيجي المحليين تقريبا. وبالتالي، فإن الأوروبيين في أجزاء كثيرة من الكرة الأرضية قد سببوا بالمعنى الحرفي للكلمة «تأثيرا قاتلا» في المجتمعات المحلية. وكما ذكر تشارلز دارون: «حيثما كان الأوروبي يخطو كان يبدو أن الموت يطارد الأبورجينيين. ويمكننا أن ننظر نظرة ذات مدى أوسع إلى الأمريكتين وپولينيزيا ورأس الرجاء الصالح وأستراليا لنجد فيها نفس هذه النتيجة». وكان الارتباط بين المرض ووصول الرجل الأوروبي بحرا أمرا جد واضح في إدراك السكان المحليين مثلما كان واضحا في إدراك داروين، حتى أن سكان جزر كوك كانوا في الثلاثينيات من القرن الثامن عشر، يستخدمون عبارة «عندي داء السفن» عندما يقعون فريسة لمرض أجنبي. وقد يبدو لمؤرخي الغرب أن الفترة من 1300 ـ 1600 هي فترة أعظم هجوم ضار للأمراض الوبائية، أما بالنسبة لمؤرخي أجزاء كبيرة من أفريقيا وأقيانوسيا، وربما أيضا جنوب وجنوب شرق آسيا، فإن القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، أي فترة الفتح والاستعمار الأوروبي، كان عصرا بلغ فيه معدل الوفيات من الأوبئة نسبا تكاد تساوي عدد الوفيات في الهنود الحمر الأمريكيين في القرن السادس عشر. ويستنتج پاترسون وهارتويج أنه مع إمكان استثناء غرب أفريقيا، فإنه «لا شك أن أسوأ فترة صحية في كل التاريخ الأفريقي هي بين 1890 و 1930».

وبالطبع فإن من الصعب أبلغ الصعوبة أن نبرهن على هذه الدعاوى. ونحن حتى الآن لا نعرف إلا القليل جدا عن طبيعة ومدى انتشار المرض (والأسباب الأخرى للوفيات)، بين سكان الأمريكتين أو أفريقيا السوداء أو پولينيزيا قبل وصول الأوروبيين، بل لا نعرف إلا ما هو قليل جدا عن الكوليرا والجدري في الهند قبل ترسيخ الحكم البريطاني، بحيث لا نستطيع إقامة هذه الدعاوى ونحن واثقون منها. ولعل من الخطأ أن نفترض أن مجتمعات ما قبل الاستعمار ـ حتى تلك التي كانت معزولة واقعيا عن سائر العالم ـ كانت تستمتع بوجود آمن خالية من الأمراض المستوطنة والمعاناة الدورية الناتجة عن المجاعة والحرب والوباء، ولعل تفجر الأوبئة التي أصابت مجتمعات كثيرة في أعقاب وصول الرجل الأبيض، أمر قد اكتسب أهمية فحسب لأن الأوروبيين كانوا حاضرين ليسجلوا هذه الأوبئة. ولعله قد حدثت قبلها كوارث كثيرة وبائية وإيكولوجية[*5] سابقة لتلك الأوبئة، ولم تجد

طريقها لتسجل في أي تقرير تاريخي يظل باقيا. وكمثل، فإنه يبدو من غير المحتمل أن الصلات التجارية القديمة بين الهند وشرق أفريقيا لم تجلب في أعقابها أوبئة الجدري قبل القرن التاسع عشر بزمن طويل، أو أن طرق الحج إلى مكة ومن مكة ظلت طيلة القرون لا تضرم ذيولا من نيران الأوبئة، عبر شمال أفريقيا والشرق الأوسط وغرب آسيا.

على أنه حتى مع الاحتفاظ في الذهن بهذا التحذير المهم، يظل يبدو من المحتمل أن حجم التدخل الأوروبي وقوته في الفترة من أواخر القرن الثامن عشر إلى أوائل القرن العشرين قد أثر تأثيرا ضخما، لعله غير مسبوق، في شعوب أفريقيا وآسيا وأقيانوسيا من الناحية الوبائية والبيئية. وأسباب ذلك جديرة بأن تلخص هنا.

شكّل الأوروبيون صلات وبائية جديدة، إما بتوصيل أمراض (كالجدري والحصبة) كانت موجودة في أوروبا منذ زمن طويل، أو بإرساء روابط بين أجزاء من العالم لم يكن يوجد قبلها إلا صلات محدودة بين الواحد منها والآخر (إن كان هناك أي صلات). والطريقة التي انتقل بها الطاعون من هونج كونج في 1894، إلى بومباي في 1896، وإلى كيب تاون في 1900، ونيروبي في 1902، ثم إلى غرب أفريقيا بعد مرور عقد أو ما يقرب، هذه الطريقة تدل على وجود وسيلة جديدة لنشر المرض، قد تفتحت بواسطة ما وجد حديثا من تجارة ووسائل نقل وروابط إمبريالية: وتكرر هذا النمط، وبشكل أسرع وأكثر تدميرا من جائحة[*6] الأنفلونزا في 18 / 1919. وقد ساعدت وسائل التجارة والنقل الأوروبية على نشر الأمراض نفسها، وساعدت أيضا على نشر الكائنات الناقلة للمرض، أي البعوض والبراغيث والقمل التي يتم توصيل الأوبئة بواسطتها، وقد كان هناك بعض اتصال قبل العام 1800 بطول السواحل الأفريقية والآسيوية، إلا أن القرن التاسع عشر أتى ومعه الاختراق الأوروبي التجاري والسياسي، وخلق البنية التحتية الاستعمارية - الطرق والسكك الحديدية ومنظومات الهجرة العمالية، والتجنيد العسكري والإدارة المدنية - وأدى هذا إلى اختراق الموانع الساحلية، وتدمير تأثير ما كان يوجد من انعزال صحي، ناتج عن بعد المسافات وبطء النقل البري بما لهما من تأثير وقائي بالنسبة لانتشار الأمراض المستوردة. وقد انتشرت جائحة الأنفلونزا 18 /1919 عبر تلك الخطوط الداخلية من

الاتصال والمواصلات في أفريقيا ـ من خلال الجنود وعمال المناجم، ومن خلال الأسواق ومحطات السكك الحديدية ـ وكانت طريقة انتقال جائحة الأنفلونزا هكذا، برهانا مذهلا على درجة الاختراق الأوروبي تجاريا وإداريا عند نهاية الحرب العالمية الأولى.

ثم انتقال عدوى بعض الأمراض انتقالا مباشرا بواسطة الأوروبيين أنفسهم. وكان الزهري(*7) يعرف في هند القرنين السادس عشر والسابع عشر باسم (فرانجي روجا)، أي المرض الأوروبي، وكان انتشاره وثيق الارتباط بالمخالطة الجنسية مع الأوروبيين، وكان الجنود البيض من العوامل القوية لنشر المرض هم ومعاونوهم من المحليين والحمالين وتابعيهم في المعسكرات. وأدت حروب الفتوح الاستعمارية، وحملات سحق الثورات المحلية، والحملات العسكرية في الحربين العالميتين، أدت إلى جلب مصائب من الأوبئة للسكان المدنيين، كما أدت أيضا إلى خلق معدلات وفيات عالية من المرضى بين الجنود أنفسهم. كذلك كان للسياسة الاستعمارية لتجنيد العمال نتائج صحية خطيرة سواء بالنسبة للعمال أو للمجتمعات التي أخذوا منها. وتوافرت ظروف من سوء شؤون البيئة الصحية والازدحام في مجمعات المناجم وفي المصانع، مما خلق بيئات مصغرة تسهل نشر المرض بين أفراد قوة العمل، وساعد على ذلك وجود الأمراض التناسلية التي تنتقل بالبغاء، كما ساعد على ذلك أيضا إدمان الكحول وما يوجد من تلوث صناعي، كما أن أمراض المنجم والمصنع والمدينة عادت بدورها لتنتقل محمولة بواسطة العمال المهاجرين، عند رجوعهم إلى عائلاتهم وقراهم.

بل إننا نجد بالمقياس الأكبر أن طبيعة الاقتصاد الاستعماري، هي والتغيرات الإيكولوجية التي يجلبها الاستعمار (أو يعجل بها) قد تكون لها تأثيرات في الصحة العامة، بحيث تنتشر هذه التأثيرات لمدى أبعد أو تظل باقية لزمن أطول. وهكذا فإن ما حدث من توسع في قنوات الري وإنشاء جسور السكك الحديدية، أدى إلى أن خلق في الهند المأوى الملائم للبعوض حامل الملاريا. وفي أفريقيا الشرقية حدث انتشار للآجام غير المزروعة في أعقاب طاعون الماشية، كما أصاب الجدري والمجاعة هذه المنطقة في أوائل الفترة الاستعمارية، ومن المعتقد أن هذا كله كان مسؤولا عن الانتشار السريع لمرض النوم الذي تحمله ذبابة تسي تسي. ويقول چون فورد في

عبارة محملة بالإدانة، إن تقدم الاستعمار في أفريقيا كان بمنزلة علامة على «نشوب حرب بيولوجية على نطاق واسع».

والنظام الاستعماري قد يؤدي بمرور الوقت إلى توفير نظام للرعاية الصحية يقطع فيه جزء من الطريق نحو الإيفاء بحاجات السكان المحليين، إلا أن هذا قد يؤدي فحسب إلى تعويض جزئي عن المشاكل الصحية التي قد ساعدت على خلقها السياسة الاستعمارية نفسها بالنسبة للأرض والعمل.

ومما لا ريب فيه أن المرض له تأثيره الخطير ديموجرافيا واجتماعيا، إلا أن هذا وحده لا يستنفد كل أهمية المرض كعامل له دوره في تاريخ الإمبريالية الأوروبية، وخبرة السكان المحليين ورد فعلهم. فتاريخ المرض لهو أكثر من أن يكون مجرد تاريخ للميكروبات ومعدلات الوفاة والعلاج. ومن المحتم أن «الإنسان يخلع عباءة أخلاقية على الكون الذي يعيش فيه»، وكل مجتمع، سواء في الوقت الحالي أو في الماضي يكون للمرض فيه، وخاصة المرض الوبائي، أهمية أوسع من الناحية الاجتماعية والسياسية والثقافية. ووباء الإيدز الحالي ليس إلا أحدث ما يذكرنا بالنزعة الإنسانية الثابتة للاتجاه لقراءة معنى ما في المآسي الجماعية، ولإضفاء اللوم وإيجاد كبش فداء، ولأن نرى يد الله أو الشيطان في نشر المرض والمعاناة، وإلا فإن الأمر سيبدو بغير ذلك ملغزا. وكما يذكرنا مقال تيرينس رينجر في هذا الكتاب، فإنه يمكن للقطاعات المختلفة في المجتمع أن تستمد من نفس الكارثة الواحدة رسائل مختلفة اختلافا صارخا. وبالنسبة للموقف الاستعماري حيث الفجوة الثقافية والسياسية بين الحكام والمحكومين، هي فجوة يزيد الاحتمال بأنها هنا أشد حدة على وجه الخصوص، في موقف كهذا فإنه قد ينظر إلى الأوبئة بنظرات مختلفة، كأن تعَد حكما إلهيا على أناس في ظلمات الجهل، أو تعد نتيجة لحقد استعماري قد أطلق عنانه ضد عرق مثير للشغب. ويؤدي تزامن وقوع الكارثة الوبائية مع الفتح الأوروبي إلى أن يزيد من عمق الارتباك والضرر الناتجين من الفتح نفسه. وكلما كانت مناعة الرجل الأبيض ضد المرض مناعة أكبر، زاد الشك في أنه على نحو ما شريك في جريمة إحداث البؤس والمرض للسكان المحليين.

كان المرض عاملا فعالا في التصور الأوروبي للمجتمع المحلي. وحدث هذا بوجه خاص في أواخر القرن التاسع عشر، حينما أخذ الأوروبيون

يتباهون بفهمهم العلمي لما يسبب المرض، وأخذوا يهزأون من استجابات السكان المحليين للمرض التى رأوا فيها إذعانا لحتمية القضاء والقدر، وإيمانا بالخرافة وسلوكا همجيا. ويكتب ليرُوي لا دوري (في عبارة مستعارة) ليتحدث عن «توحد الكرة الأرضية بالمرض» في الفترة بعد 1300م، ومن حيث علم الأمراض فإن هذا فيه الكثير من الحقيقة، أما من حيث التبصر فإن المرض في العصر الإمبريالي كان أحد العوامل الرئيسية للتفرقة. وهناك علم «طب المناطق الحارة» البازغ الذي أسبغ شرعية علمية على فكرة أن عالم المناطق الحارة عالم بدائي فيه بيئة خطرة، ويتمايز هكذا عن عالم المناطق المعتدلة الذي يتزايد أمنا وصحة بيئية. وعندما أخذت أوروبا تخلص نفسها من ماضيها الوبائي الخاص بها، نسيت أن أمراضا مثل الكوليرا والملاريا والجدري والطاعون، وإن كانت يتزايد إقصاؤها عن أوروبا لتتجه إلى المناطق الحارة، إلا أنها قد ظلت جزءا من خبرة أوروبا الخاصة حتى عهد قريب. هكذا أصبح المرض جزءا من الإدانة الأوسع نطاقا التي توجه «للتخلف» الأفريقي والآسيوي، فأصبح الطب بقدر يماثل ذلك تماما سمة للكبرياء العرقية والثقة التقنية اللتين تعدان في الأساس من «الإمبريالية الجديدة» في أواخر القرن التاسع عشر.

وباتخاذ غطاء من اللغة الطبية الموضوعية والحديث عن «علم صحة البيئة»، كثيرا ما كانت المواقف الطبية الأوروبية تظل متسمة بالذاتية إلى حد كبير، إذ تتجسد فيها التحيزات الاجتماعية والثقافية لذلك العصر. وكان المرض بالنسبة للمبشرين في أفريقيا دليلا ملموسا على وجود فساد أخلاقي واجتماعي، من واجبهم الديني العمل على الخلاص منه. وكان يحدث بسهولة أن يقع خطأ في تشخيص مرض بثرة التوت المتوطن، ليشخص على أنه حالات من الزهري تنتقل عن طريق الجنس. ومما يقبل النقاش أن هذا الخطأ ليس فحسب حالة خطأ طبي في التشخيص، بل ليس هو فحسب نتيجة لاهتمامات بحث تجرى في أوروبا، وإنما هو أيضا نوع من الإيحاء الناجم عما كان الأطباء المبشرون يزعمونه من تفشي الانحلال في أفريقيا.

وبمثل ذلك فإن الكوليرا في الهند كان ينظر إليها على أنها أكثر من أن تكون مجرد مرض رهيب. وإنما كان يربط بينها وبين الكثير مما كان رجال

الطب والإدارة يرونه في حج الهندوس وطقوسهم، التي كانت ـ في نظرهم ـ من الأمور الأجنبية الغريبة والمنفرة. وبلغ من تفكيرهم هكذا أن أصبح الهجوم على الكوليرا يخفي وراءه تهجما بلا مواراة على الهندوسية نفسها.

نشأت عملية من الربط بين أمراض كالجدري والطاعون والكوليرا والملاريا وبين السكان المحليين ـ وعزز من ذلك ما حدث من الفهم المتزايد للعوامل المسببة للمرض، ولنقل العدوى في أواخر القرن التاسع عشر ـ وأدى هذا الربط إلى تعميق الشكوك الأوروبية بشأن السكان المحليين ككل، وكذلك بشأن أولئك الخدم والمساعدين ورفاق السكن في المدن، الذين كان الأوروبيون يعيشون على قرب وثيق منهم من وجهة النظر الوبائية. ووفر العلم ـ والخوف من التقاط الأمراض «المحلية» ـ ذريعة للانسحاب بعيدا عن أي اتصال اجتماعي وثيق، وذريعة لأن تتخذ المناطق السكنية الأوروبية موضعها، بحيث تكون بعيدة تماما عن «المخازن المحلية للعدوى بالمرض» الموجودة في الأسواق ومناطق المدن والأحياء الفقيرة وبيوت الحمالين. أما في جنوب أفريقيا حيث كانت الأمور متطرفة فإن العزل الاجتماعي المستوحى من الطب، أدى إلى زيادة سرعة التحرك نحو العزل العرقي حسب مذهب فج من التمييز العنصري. على أن هذا كان له ما يناظره في أماكن أخرى خاصة في أفريقيا الغربية البريطانية حوالي نهاية القرن. وظل العزل العرقي زمنا بمنزلة قاعدة أساسية عامة للإدارة الصحية، تفرضها الحكومة الإمبريالية في كل «ما لديها» من مستعمرات المناطق الحارة.

وأدى سوء صحة الشعوب المحلية إلى تعزيز ما لدى الأوروبيين من الإحساس المتنامي، بأنهم متفوقون بالفطرة عرقيا وبدنيا. وفي عهد داروين لم يكن يوجد إلا أدنى الإحساس بالأسف على السكان المحليين، الذين يصيبهم المرض أو الهلاك لمجرد رؤيتهم لرجل أبيض. وكان من السهل الإيمان بتفوق من هو «أصلح» بيولوجيا. وأدى وجود الأمراض التي تسبب الضعف والعجز مثل الملاريا ومرض النوم ـ أو «السبات الزنجي»، عند نخاسي غرب أفريقيا ـ أدى ذلك إلى تعزيز الأفكار عن ضعف السكان المحليين وكسلهم ودونيتهم، كما أسهم بقوة في نشأة قوالب نمطية عرقية عند الأوروبيين، وعلى عكس ذلك (كما تذكرنا مقالات ولترود أرنست حول البريطانيين في الهند)، فإن الأوروبيين الذين يصيبهم مرض بدني أو عقلي

سرعان ما كان يتم وضعهم في المصحات، أو يعاد إرسالهم إلى أوروبا قبل أن يصبح في الإمكان تلطيخ صورة التفوق الأبيض.

أثرت بيئات المرض ومفاهيمه تأثيرا حاسما في صميم خواص النظام الإمبريالي البازغ، ونجد في بعض مناطق العالم أن الغزوات الوبائية التي صاحبت وصول الأوروبيين، قد ساعدت على إخلاء الطريق أمام الرجل الأبيض، فأزاحت جانبا أي مقاومة عسكرية، وأدت الأمراض إلى إخلاء الأراضي التي تلائم البيض ليزرعوها ويقيموا فيها. وهذا النمط الذي توطد في الأمريكتين في القرن السادس عشر ما لبث أن تكرر في القرون اللاحقة وإن كان ذلك على نطاق أصغر، فحدث مرة أخرى في أستراليا ونيوزيلندا، والكاب ومرتفعات كينيا. وكما يحاج أ. و. كروسبي، فإن التوسع الأوروبي في «الأوروبات الجديدة» بالمناطق المعتدلة من الكرة الأرضية، أمر قد ساعد عليه عملية من «إمبريالية بيولوجية» مكنت من إرساء ما هو أوروبي من المحاصيل والحيوانات والأمراض، وذلك على حساب ما هو محلي سواء من المنظومة النباتية والحيوانية أو من الشعوب. ومن الناحية الأخرى فإن السيطرة الأوروبية كانت عرضة لأن تكون أمرا مكلفا ومحفوفا بالمخاطر، في المناطق التي عمل فيها عامل المرض تأثيره في الاتجاه المضاد.

إن هذه الحتمية البيولوجية عند كروسبي فيها الكثير مما يدعو للإعجاب، ولكنها تغفل رؤية قدرات الأوروبيين على ابتكار كيانات للاستغلال والتحكم، تصل إلى أن تحول حتى الأراضي المعادية لهم بيئيا، بحيث تصبح مفيدة ومريحة لهم. وقد حدث أن كانت معدلات وفاة الأوروبيين على ساحل أفريقيا الغربية عالية بدرجة مذهلة، بحيث اكتسب ذلك الساحل لقب «مقبرة الرجل الأبيض». وعلى الرغم من ذلك إلا أن أوروبا واصلت هناك أعمال تجارة الصيد والذهب ذات الربح العالي، مستخدمة الأفريقيين من التجار ورؤساء القبائل وغيرهم من الوسطاء المحليين، حتى يستكملوا ما كان من وجود الأوروبيين هناك وجودا عابرا بأقل الأعداد. أما في جزر الهند الغربية حيث توجد بيئة مرضية تؤدي إلى تكلفة باهظة متزايدة من أرواح الرجال البيض (وسبب ذلك في أغلبه أمراض مستوردة من خلال تجارة العبيد)، فقد استغل الأوروبيون جهد العبيد الأفريقيين لإنتاج السكر الذي تتلهف عليه أوروبا، ذلك أن العبيد إما أنهم لديهم مناعة ضد هذه

الأمراض، أو أنهم يعدون من الرخص بحيث يمكن استهلاكهم في سبيل الوصول إلى أرباح أعظم. وفي هند القرن الثامن عشر أيضا، على الرغم من الحكمة التقليدية التي تقول: إن النزلاء الجدد نادرا ما يبقون لأكثر من فصلين من الرياح الموسمية، إلا أنه لم يحدث أي تفكير في أن يهجر الأوروبيون تجارتهم وممتلكاتهم القيمة، بسبب ارتفاع معدل الوفاة بينهم. وعلى أي حال ينبغي أن نتذكر أن الأوروبيين قبل منتصف القرن التاسع عشر، لم يكونوا قط متفقين على السبب في ارتفاع معدل الوفاة بينهم في المناطق الحارة. وبالإضافة إلى ذلك فإن معدلات الوفاة بأوروبا نفسها كانت لا تزال عالية أقصى العلو. فكان من السهل أن يموت المرء من الجدري (أو من الشراب) في لندن القرن الثامن عشر مثلما في كلكتا، ولكنه قد لا يحوز إلا فرصا أقل عددا «لهز شجرة الباجودا»(*8) ليجمع ثروة تعينه على الحياة.

وعامل المرض مما يمكن أيضا التوصل لحل وسط لمشكلته عن طريق تجنيد الأفراد المحليين كمساعدين عسكريين وإداريين. وقد تم تجنيد لواءين من سكان جزر الهند الغربية في 1794، وكان هذا إحدى الوسائل التي جابه بها البريطانيون الخراب الجديد الذي لحق وقتها بالجيوش الأوروبية، في هذه المنطقة بسبب الحمى الصفراء(*9). وحتى بعد أن زادت معارف الطب الغربي، ظلت السيطرة والتوسع الاستعماريان البريطانيان / الفرنسيان في أفريقيا وآسيا يعتمدان بشدة على الجنود المحليين، تدعمهم أعداد أصغر من أوروبيين يعملون على فترات «موسمية». وبطريقة مماثلة تم نقل عبء المرض في مناجم أفريقيا أو في مصانع المناطق الحارة، ليتحول في معظمه من البيض إلى العمال المهجرين السود أو السمر. ولعل المرض قبل العام 1900 كان يؤدي إلى عدم تشجيع استيطان البيض أو استخدام الأيدي العاملة البيضاء. ولكن هذا ولا ريب، لم يكن بالمانع الذي لا يمكن تجاوزه بالنسبة للاستغلال والسيطرة الأوروبيين.

الطب

بمثل ما يطرح كروسبي محاجته لتأييد دور البيولوجيا الحتمية في تاريخ التوسع الأوروبي، فإن دانيل ر. هيدريك يقيم مؤخرا دعوى عن الحتمية

التقنية التي تفتح الأبواب واسعة، لتفيض من خلالها إمبراطورية القرن التاسع عشر. وهو يضع الطب ضمن قائمة «أدوات الإمبراطورية» العديدة التي مكنت أو سهلت، من اختراق الغرب للعالم غير الأوروبي والسيطرة عليه، ويستشهد لذلك باستخدام الكينين للوقاية من الملاريا على أنه مثل توضيحي خاص وحاسم. فقد ظل الأوروبيون قرونا وهم يقعون على الدوام صرعى لحميات المناطق الحارة، سواء كانوا من الفاتحين أو التجار أو المستكشفين أو المبشرين، إلا أن ما حدث في حملة د. ويليام بيكي في النيجر 1854 من استخدام الكينين استخداما ناجحا، قد أثبت - كما يحاج هيدريك - أن المرض ليس مما يلزم بعد أن يكون مانعا أمام الاستكشاف أو السيطرة الأوروبيين. ويوضح أوليڤر رانسفورد نفس هذه القضية بإيجاز بليغ فيقول: إن الكينين أصبح «العامل الأساسي الذي أتاح للرجل الأبيض فتح أفريقيا السوداء».

على أن هيدريك، إذ يفهم هذا الدليل بطريقته الانتقائية، إنما يهمل بذلك حساب اعتبارات عديدة. ونجد أنه بعد حملة النيجر بأربعين عاما كانت هناك، في غرب أفريقيا، نسبة كبيرة من الأوروبيين من التجار والمبشرين والموظفين، ما زال أفرادها يموتون من الملاريا والحمى الصفراء (أو يمرضون بها مرضا شديدا). وقد بدأ معدل وفيات الأوروبيين بأفريقيا الاستوائية ينخفض انخفاضا له مغزاه، ابتداء من تسعينيات القرن التاسع عشر، إلا أن هذا كان كما يبدو بسبب إجراءات الصحة البيئية التي تلت اكتشاف رونالد روس لدور حشرات البعوض في نقل عدوى الملاريا، أكثر من أن يكون بسبب الوقاية باستخدام الكينين. واستخدام الكينين في جرعة وقائية لم يكن قط أمرا منتشرا في النصف الثاني من القرن التاسع عشر، كما قد يبدو من تضمينات وصف هيدريك. وعلى الرغم من أن ليڤنجستون كان نصيرا صاحب نفوذ لاستخدام الكينين وقائيا، إلا أنه لم يكن هناك اتفاق على الجرعة المطلوبة لذلك. وبصرف النظر تماما عن صعوبة الحصول على الإمدادات الكافية سواء من حيث الكم أو النوع، وعما يمكن أن يكون للكينين من آثار جانبية كريهة وشنيعة، فإن الكينين إذا استخدم بجرعة غير كافية أو غير مستمرة يمكن أن يؤدي إلى نوبات من حمى البول الأسود(*15)، التي أدت إلى قتل الكثيرين من الأوروبيين أو إصابتهم بالعجز، كما حدث

للمبشرين حول شواطئ بحيرة نياسا (مالاوي) في تسعينيات القرن التاسع عشر. وعليه فإن من الخطأ المبالغة في تقدير أهمية الدواء عموما والكينين على وجه الخصوص، كسلاح في ترسانة إمبراطورية القرن التاسع عشر. وبفضل بعض الثقات من الأطباء مثل ل. ج و م. بروس شوات أمكن تحديد تاريخ أهم أوجه التقدم في طب المناطق الحارة، بأنها حدثت في أربعينيات القرن العشرين، بدلا من خمسينيات القرن التاسع عشر: وهم ينادون بأنه في ذلك الوقت وقد شارف الرجل الأبيض على «الرحيل» من أفريقيا السوداء، عندها فحسب، «انزاح أخيرا إلى حد كبير خطر المرض والموت... عن الاختراق الأوروبي لأفريقيا الاستوائية».

ومع ذلك فإن محاجة هيدريك، حتى لو كانت تبالغ في أهمية الكينين بوجه خاص، إلا أنها توجه الانتباه بالفعل إلى قضية أساسية: فما هو الدور الذي لعبه الطب في الإمبريالية الأوروبية في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين؟ هل سهل من التوسع الأوروبي؟ أو أنه ساهم بطرائق أخرى في إرساء وترسيخ السلطة الإمبريالية؟ هل كان تأثير الطب يقتصر فحسب على الأوروبيين أنفسهم، أو أنه كان له تأثير مباشر في حيوات ومواقف رعاياهم الجدد؟

والطب طيلة تاريخ التوسع الأوروبي الطويل لم يكن عاملا له اتساقه في قوة عزمه. وفيما يمكن نقاشه فإن الطب الغربي وصل إلى أقصى درجة من الأهمية، من حيث الأيديولوجية والممارسة الإمبريالية ما بين 1880 و 1930، وهي الفترة التي وصلت فيها الإمبراطوريات الأوروبية إلى أقصى حد من التوسع والرسوخ، وهذه نقطة يؤيدها الكثيرون ممن ساهموا في هذا الكتاب.

أما في القرون السابقة لذلك وخاصة قبل 1800، فقد كان الطب الغربي من حيث علاقته بالمجتمعات المحلية أقل سيطرة إلى حد كبير جدا، وكان أمره يقتصر حقا على الأوروبيين أنفسهم. وكمثل فإن شركتي الهند الشرقية الهولندية والإنجليزية كان لديهما أطباء وجراحون على ظهور السفن، أو في القواعد الساحلية يقومون بخدمة احتياجات تجارهما وموظفيهما وبحارتهما وجنودهما. وتأسست أول مستشفيات في أماكن مثل مدينة كيب تاون وباتا فيا (جاكرتا)، حيث اتخذت مقرها بالقرب من القلاع التي أنشئت

هذه المستشفيات لخدمة شاغليها. ولم يحدث إلا نادرا أن قدم الأطباء الأوروبيون بالفعل خدماتهم للحكام المحليين ، كما حدث مثلا عندما عالج ويليام هاميلتون طبيب الشركة البريطانية، الإمبراطور المغولي فاروقسيار في 14 ـ 1715، وحتى عندها فإن من المحتمل أن الأهداف التجارية هي التي كانت لها اليد العليا وليس الأهداف الطبية.

كان من الشائع قبل 1800 أن يلتمس الأوروبيون عون الأطباء المحليين (في تباين تام مع ما حدث في أواخر القرن التاسع عشر). وكان ذلك في جزء منه بسبب أن العدد المتاح من الأطباء الأوروبيين كان قليلا جدا، وفي جزء آخر بسبب اقتناعهم بأن الأطباء المحليين يعرفون معرفة أفضل، الأمراض التي في بلدهم (ووسائل علاجها). وعلى الرغم من أن الإسبانيين كانوا يستخفون بالثقافات المحلية لمستعمراتهم، فإنهم استخدموا عددا من الأدوية المحلية، بما في ذلك استخدام السنكونا (اللحاء البيروفي) كمخفف للحمى، واستمر ذلك حتى تدخلت محاكم التفتيش. كما أن البرتغاليين في الهند الغربية، قد استخدموا كأطباء لهم أفراد (البانديتو) البراهميين الذين يمارسون طب الهندوس الأيورفيدي. وشجعت شركة الهند الشرقية الإنجليزية موظفيها، على الاعتماد على الأدوية المحلية بدلا من الأدوية المستوردة الغالية، وحاجت الشركة في العام 1622 بأن الهنود لديهم عقاقير أكثر وفرة وكمالا إلى حد كبير بالنسبة لأدويتنا. ونجد أنه في عصر كهذا، حيث الطب الشعبي كان لا يزال مزدهرا في أوروبا، كثيرا ما كان المستوطنون في بلاد ما وراء البحار يبتكرون أدويتهم الخاصة، مستفيدين بما يتاح محليا من نباتات وحيوانات.

على أن أوروبا في غضون القرن التاسع عشر اتخذت خطوة جذرية بالابتعاد عن التعددية في الطب. وبدأ يستحوذ على الأطباء الأوروبيين، كما استحوذ أيضا على غير المتخصصين، اقتناع متزايد بما يتصف به الطب الغربي من عقلانية فريدة وكفاءة فائقة. وكان أحد عوامل ذلك اكتشاف خطير توصل له إدوارد جينر في تسعينيات القرن الثامن عشر، اكتشاف التلقيح بجدري البقر: فكان هذا أول برهان واضح على أن الإنسان يمكنه أن يسيطر على مرض رئيسي، كما أنه كان ابتكارا أوروبيا صُدر في سرعة وثقة إلى العالم غير الأوروبي. وكان من العوامل المهمة أيضا في

تغيير المواقف الأوروبية، زيادة الاتجاه الاحترافي لدى الأطباء الذين يتم تدريبهم وتأهيلهم بواسطة المدارس الطبية الأوروبية، مثل مدرسة أدنبره، ثم يتم إرسالهم بأعداد لها قدرها إلى مراكز الحدود المتوسعة للإمبراطورية. وفي أواخر ذلك القرن زاد رسوخ وضع ممارسي الطب الغربي وسلطتهم بنشأة علوم الطب الحديث التخصصية. وكان لويس پاستير وروبرت كوخ هما رائدي علم البكتريولوجيا فيما بين ستينيات وثمانينيات القرن التاسع عشر، وعلم البكتريولوجيا كان مهما بخاصة من حيث قيامه بدور الدليل للطب العلمي، الذي يرشده إلى عصر من «الثقة في العلاج». وأدى إنشاء مدرستي لندن وليڤربول لطب المناطق الحارة في 1899، وإدخال مقررات هذه المادة في جامعات أدنبره وديرهام وأبردين والملكة في بلفاست (وما واكب ذلك من إنشاءات في القارة) «أي في أوروبا» وفي الولايات المتحدة، أدى هذا كله إلى ارتفاع طب المناطق الحارة إلى ذروة الأهمية في مهنة لها احترامها من قبل.

على أن ما استجد في الطب من ثقة ونفوذ لم يقتصر على المعمل والجراحة وعنبر المستشفى. ذلك أنه قد استعين أيضا بسلطة الدولة لتنفيذ إجراءات الصحة العامة والبيئية إجباريا (كما في بريطانيا الڤيكتورية)، وأعطى هذا مهنة الطب سلطة غير مسبوقة في شؤون الحياة العامة وشؤون الدولة، وسرعان ما انعكس ذلك أيضا على الممتلكات الأوروبية عبر البحار. فكانت إحدى خصائص فترة الإدارة الإمبراطورية بين العامين 1880 و 1930، هي ذلك الفيض من القوانين والتشريعات والبلاغات التي صدقت بها الدولة على إجراءات صحية من شتى الأنواع. وأدت أوبئة الطاعون في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين إلى استثارة ردود فعل تشريعية من أشد الأنواع عنفا، على أن الجدري ومرض النوم والملاريا قد أدت أيضا إلى أن تسن الكثير من الدول الاستعمارية قوانين جد عنيفة (حتى إن ثبت عند التطبيق أن هذه القوانين يصعب فرض تنفيذها صعوبة فريدة).

ويوضح لنا ما سرده مالكولم نيكولسون عن الحالة في نيوزيلندا، كيف أنه لم يكن يتاح هناك إلا عند قليل من المتعلمين والمهنيين المدربين من غير الأطباء، وهكذا فإن الأطباء أصبحوا «خبراء» في كل الأغراض، فهم الثقات

في أمور جد متنوعة مثل «الشؤون المحلية» وتخطيط المدن. كما استخدم الأطباء كمستشارين عسكريين وكدبلوماسيين يتم اختيارهم ارتجالا تو اللحظة، واستخدموا أيضا كجيولوجيين، وكرواد في علم الأنثروبولوجيا. وإذا كان داڤيد ليڤنجستون يمثل النموذج الأصلي المبكر للمبشر الطبيب ورجل الاستكشاف في منتصف القرن التاسع عشر، فإن ليندر ستارچيمسون، زميل سيسيل رودس(*11) وقائد «غارة چيمسون» في الترنسفال في 1895، يمثل لنا في إيجاز رجل الطب الذي انقلب إلى مغامر وسياسي في أوج ازدهار الإمبراطورية، بعد ليڤنجستون بنصف القرن.

صاغ الطب الحديث روابط جديدة قوية بين العواصم الإمبريالية وممتلكاتها من المستعمرات البعيدة. وشهد انعطاف القرن بزوغ حركة إخصائيين طبيين متنقلين، رجال لهم مكانة رفيعة مثل رونالد روس في بريطانيا وروبرت كوخ في ألمانيا، يزورون مناطق المستعمرات من أفريقيا الغربية حتى غينيا الجديدة، على أمل أن ينقلوا خبرة حواضرهم لتخدم الإدارات الاستعمارية الحصينة. وقد عينت الحكومة البريطانية لجنة خاصة لتبحث أمر الطاعون في الهند في تسعينيات القرن التاسع عشر (ناقش أيان كاتا ناتش أمرها في هذا الكتاب)، وكانت هذه اللجنة من أول ما تشكل من الكثير من هذه اللجان التي ألفت لاستقصاء مرض النوم مثلا في أوغندا في 1902 و الملاريا في نياسا لاند(مالاوي) بعد ذلك بعقد من السنين. وبحلول ذلك الوقت أصبح هناك مجتمعات بأكملها توضع موضع الفحص الدقيق للطب الغربي (وليس فحسب مجرد مستعمرات صغيرة من الأوروبيين من جنود وتجار ومستوطنين). والحقيقة أن اتساع سلطة طب المناطق الحارة أصبح يماثل اتساع الإمبريالية نفسها، بل إنه تجاوز الحدود الرسمية للإمبراطوريات إلى مناطق مثل أمريكا الوسطى، حيث نجد أن مصالح الولايات المتحدة الاستراتيجية في إنشاء قناة پنما قد أدت إلى حملة مكثفة لاستئصال الحمى الصفراء من هناك بين 1905 و 1913.

ويقف كل هذا في تباين حاد إزاء ما كان يحدث قبل ذلك بأقل من القرن، حيث كان الطب الأوروبي يشعر بأنه يستطيع فحسب التعامل مع مدى محدود من الأمراض - الجدري والجذام والجنون - وهي أمراض كان الأوروبيون على دراية بها منذ زمن طويل، أوهي أمراض يحسون بأنها

أخطر من أن يتجاهلوها. وفي سياق ما حدث في الهند فإن التطعيم جعل الجدري، كما سأحاج هنا، يخضع على نحو فريد للتدخل الطبي الأوروبي في وقت مبكر نسبيا من تاريخ الاستعمار. ونجد أنه في مناطق كثيرة كانت خدمات التطعيم وعزل مرضى الجذام والمجانين من الخدمات الطبية المحدودة، التي كان يتم تقديمها حتى زمن النصف الثاني من القرن التاسع عشر. ولم يتمكن الطب الأوروبي من أن يقدم وقتها أي حلول أخرى إلا في حالات معدودة، وليس هذا فحسب: بل إن هذا الطب كانت تنقصه أي معرفة أساسية بالحالة الصحية بين الأغلبية العظمى من السكان. والحقيقة أن الإدارات الاستعمارية لم تكن تقر بأن عليها أي مسؤولية ملحة بالنسبة لوفاة هؤلاء السكان.

وهناك أسباب ونتائج لهذه النقلة السريعة التي حدثت من مجرد علاج الرجل الأبيض، إلى الاهتمام بشؤون الصحة العامة خلال العقود الأخيرة من القرن التاسع عشر والسنوات الأولى من القرن العشرين. وقد ألمح لهذه الأسباب والنتائج العديد من المقالات في هذا الكتاب، كما أنها قد حظيت ببعض النقاش في مؤلفات أخرى أيضا. على أنه قد يكون من المفيد أن نذكر هنا الخطوط العريضة لبعض الملامح الأكثر بروزا لهذه التحولات، وعلاقتها بالإمبريالية وهي مزدهرة.

كانت هناك حاجات ملحة عديدة تقف وراء التدخل الطبي الغربي المتزايد. وإحداها هي تزايد الإدراك بأن صحة الجنود والمدنيين الأوروبيين لا يمكن تأمينها من خلال إجراءات توجه إلى صحتهم هم وحدهم، وهذا أمر تم التوصل أولا إلى إدراكه في الهند في سياق القرن التاسع عشر. وكما لاحظ مفوض اللجنة الصحية المشكلة حديثا في البنغال في 1865، فإنه «حتى لو كنا لا ننظر لأبعد من توفير الوقاية الصحية للجنود الأوروبيين، فإن من الواضح أنه لا يكفي لذلك أن نسعى لتحسين حالة معسكراتنا وحدها، وأن نتجاهل وجود جماهير السكان المحليين التي تحيط بقواتنا». ويترتب على ذلك بالتالي أنه لا يمكن توفير الوقاية لصحة الأوروبيين، إلا باتخاذ إجراءات تأتي بالطب الغربي إلى «المدن السوداء» والقرى الفقيرة السوداء. وأدت خسائر الجنود الناتجة عن المرض إلى أن نحث بشكل خاص على مسارعة البريطانيين (وغيرهم من القوى الاستعمارية)، بأن

يأخذوا على عاتقهم مسؤولية صحة السكان المحليين. فمع ما كان يحدث من خسائر مرضية كثيرا ما كانت أثقل من خسائر المعارك، ومع أهمية الجيش في فرض السيطرة الإمبريالية فإن صحة الجنود (وخاصة الجنود البيض)، أصبح لها أولوية كبرى بالنسبة للدولة الاستعمارية. إلا أن الأبحاث الطبية سواء في الأمراض التناسلية أو الكوليرا أو البلهارسيا (كما يوضح (چون فيرلي)، كلها برهنت مرارا على أن الأمان الصحي والطبي للجيش، لا يمكن أن يكون مما ينتهي أمره عند أبواب الثكنات، وإنما يجب أن يمتد إلى المناطق المجاورة، المدنية والريفية، بل إلى السكان المحليين ككل.

على أن اهتمام الأوروبيين بأنفسهم كان يفعل فعله أيضا بطرائق أخرى. ففي ذلك العصر الذي تنتشر فيه التجارة والاتصالات على مدى اتساع العالم، كانت أوروبا تعي تماما أنها هي نفسها يتزايد استهدافها لأمراض «المناطق الحارة». وها هي أوبئة الكوليرا تصل من الهند إلى أوروبا مرات عديدة بين الثلاثينيات والتسعينيات من القرن التاسع عشر، وكأن في هذا ما يظل يذكر أوروبا بالأمر على نحو مزعج متصل، كما كان يذكر أوروبا بذلك أيضا ما كان يحدث من حين لآخر، من استيراد للحمى الصفراء من أفريقيا الغربية وجزر الهند الغربية.

ولمجابهة هذا التهديد عقدت سلسلة من المؤتمرات الصحية الدولية (أو الأوروبية من الوجهة العملية)، وذلك ابتداء من 1851 وما تلاها. وبالإضافة إلى السعي لإدخال إجراءات لوقف أمراض كالكوليرا قبل أن تصل إلى أوروبا، فإن هذه المؤتمرات كانت تضغط على القوى الاستعمارية الفردية، حتى تعالج أمر الأمراض الوبائية الأشد خطورة داخل مستعمراتها هي نفسها، ولما كانت الهند البريطانية تعد بمنزلة «مصنع للكوليرا» فقد تعرضت للوم الدولي المتكرر. وأدى وقوع الطاعون هناك في 1896 إلى المزيد من الضغط على الإدارة البريطانية. ولما كان هذا عصرا للتنافس الإمبريالي، فإن وجود ارتفاع دائم في معدل الوفيات من الأوبئة، كان ينظر إليه على أنه علامة على سوء الإدارة الإمبريالية. وقد طالب الملك ليوبولد[*12] في 1903 و 1906 بعون دولي لمكافحة مرض النوم في الكونغو، وكانت مطالبته هذه في جزء منها محاولة لتحسين السمعة جد السيئة التي كان نظامه قد اكتسبها بالفعل.

ولما كانت الرأسمالية فيها تناقض داخلي بين مطلب كفاءة العمل (وبالتالي صحة العمال) ومطلب الربح، فقد أدى ذلك إلى إجبار النظم الاستعمارية الأوروبية هي والهيئات الاستثمارية التجارية والصناعية، التي تعمل تحت حكمها على أن تتجه إلى زيادة المشاركة في رعاية صحة السكان المحليين. وتوجد هنا عدة اعتبارات متشابكة. فالعمال الأفريقيون والآسيويون كانوا يعانون من سوء الصحة وخاصة من انتشار الأمراض الوبائية بينهم، الأمر الذي فرض وجود عوامل خطر بالنسبة للموظفين البيض وعائلاتهم. كما أدى ارتفاع معدلات المرض والوفيات إلى التدخل في كفاءة وربحية الإنتاج في المناجم والمزارع والمصانع، وإلى إعاقة تجنيد المزيد من قوة العمل. وقد تأثرت الإنتاجية الزراعية تأثرا سيئا في بعض المناطق، كما حدث في الهند في أواخر القرن التاسع عشر، وذلك بسبب تكرر وقوع الأوبئة والمجاعات، وترتب على ذلك تهديد مباشر لدخل الحكومة. أما في أفريقيا فإن التجنيد العسكري للحرب العالمية الأولى، كشف عن الأضرار السياسية الناجمة عن سوء تغذية السكان وسوء صحتهم (مثلما كشف عن ذلك في بريطانيا زمن حرب البوير)[*13]، وبالتالي، فعلى الرغم من أن الحكم الأوروبي المبكر للمستعمرات كثيرا ما كان يهمل صحة رعاياه، إلا أنه أصبح هناك إدراك متزايد للفوائد العملية الناتجة عن الاستثمار في صحة أفراد قوة العمل. ولما كانت قوة العمل المحلي لها أهميتها الخطيرة لتحقيق الثروة من المستعمرات، فقد أصبح من الواضح أنه من مصلحة الاستعمار وجود «بعض» درجة من التدخل الطبي، بشرط ألا يؤدي ذلك إلى استهلاك قدر أكثر من اللازم من ربحية الإمبراطورية ومن الاستثمار الفردي. وفوق كل شيء كان الدافع إلى نشأة طب المناطق الحارة وإلى حماس چوزيف تشمبرلين له، أثناء عمله وزيرا للمستعمرات البريطانية بين 1895 ـ 1903، هو الرغبة في حماية أرواح الأعداد المتزايدة من الأوروبيين الذين يعيشون ويعملون في المناطق الحارة. على أننا نجد في ذلك العصر الذي كانت القوى الإمبريالية تتلهف فيه على فض أختام الثروة المعدنية والزراعية «لممتلكاتها غير النامية». إن صحة قوة العمل المحلية كانت من الأهمية بحيث لا يمكن إهمالها بالكلية. والمرض بلغة الحديث الرسمي في العشرينيات والثلاثينيات من القرن العشرين هو عقبة في سبيل «التنمية». على أننا نجد أنه كنتيجة لأسباب

من الانشغال الاستعماري بالاهتمام بالذات، فإن التدخل الطبي لم يكن يحدث إلا مجزأ وعلى نحو انتقائي، وصحب ذلك شح في الموارد بحيث كان استخدامها يتركز في المناطق التي تعد حيوية لتشغيل الاقتصاد الاستعماري والنظام الإداري. وبالتالي نجد أنه كان هناك تفضيل لمجمعات التعدين والمصانع والثكنات والمراكز المدنية الرئيسية، في حين كان هناك إهمال عام للسكان الريفيين ولصحة النساء والأطفال. كما كان هناك تأكيد على الاهتمام بالمرض الوبائي بدلا من المرض المتوطن، والطب العلاجي بدلا من الوقائي.

أدرك أفراد البعثات الرأسمالية لأمريكا الشمالية كل الإدراك قيمة الطب كوسيلة لمساعدة الإمبريالية الاقتصادية. فأخذت مؤسسة روكفلر على عاتقها تنفيذ حملة واسعة ضد الدودة الخطافية(*14) في جنوب الولايات المتحدة ،كطريقة لتحسين كفاءة قوة العمل ودمج الجنوب المهمل دمجا أكمل في اقتصاد الشمال الصناعي المتوسع، ثم وجهت مؤسسة روكفلر بعدها انتباهها لما وراء البحار في زمن كانت الولايات المتحدة فيه تعمل على تحقيق دوافعها التوسعية. وهكذا عملت مؤسسة روكفلر على تعزيز الحملات ضد الدودة الخطافية وبعدها ضد البلهارسيا والأمراض الأخرى للمناطق الحارة، كما مولت أبحاث طب المناطق الحارة عموما، وبالإضافة إلى ذلك فإن مؤسسة روكفلر وهي تحت إشراف فريدريك ت. جيتس، رأت أن الطب يعد أسلوبا فائقا للدعاية لفوائد الحضارة والرأسمالية الغربية، ويعد طريقا لفتح آسيا أمام الاختراق الأمريكي تجاريا وصناعيا.

على أن زيادة التدخل الطبي الغربي لا يمكن تفسيرها فقط بلغة من الاهتمام بالذات اهتماما مباشرا ماديا. فالطب كان جزءا من أيديولوجية الإمبراطورية مثلما هو جزء من حساباتها. وقد حاج د. تشوت ذات مرة بأنه عندما احتل البريطانيون جزر الهند الشرقية الهولندية في أوائل القرن التاسع عشر، فإنهم بدلا من اتخاذ وجهة النظر الطبية للشركة الهولندية التي كانت نظرة ضيقة «تجارية» (تهدف فحسب للإبقاء على موظفيها الأوروبيين أحياء) أحلوا مكان هذه النظرة الضيقة رؤية «مثالية» للطب ليكون في خدمة السكان بأسرهم: الإندونيسيين مثلهم مثل الأوروبيين. وكما أوضح تشوت نفسه، فإن النتائج العملية لهذه المبادرات الطبية كانت صغيرة، ولكن فكرة أن يكون الطب للشعب كان لها - فيما يزعم - تأثير باقٍ

في سياسة العمل الطبية التالية، التي اتخذتها الإدارة الهولندية بعد عودتها. وتشير حالة جزر الهند الشرقية الهولندية، وكذلك أيضا حالة التطعيم ضد الجدري في الهند، ومحاولات توصيل الطب الغربي للسكان المحليين في نيوزيلندا وجنوب أفريقيا في وقت كان بعد ذلك بقليل، تشير كل هذه الحالات إلى الطريقة التي أصبح ينظر بها إلى الطب على أن له استخداما أوسع في خدمة الإمبراطورية. ونجد أنه حتى قبل أن تحدث الإنجازات العلمية لأواخر القرن التاسع عشر، كانت القوى الإمبريالية قد أخذت من استخدام الطب دليلا على نواياها الخيرة والأبوية، وكطريقة لكسب تأييد السكان من الرعايا الجدد، ولموازنة الملامح التعسفية للحكم الاستعماري، ولإرساء سيطرة إمبريالية أوسع مما يمكن استقاؤه من الغزو وحده. ولما كانت الموارد العسكرية والإدارية التي تحت يد النظم الاستعمارية المبكرة موارد محدودة، فإن هذا كان سلاحا له إمكاناته المهمة في تقوية الحكم الإمبريالي، وإن كانت الخبرة قد بينت أحيانا أن هذا السلاح قد يكون له تأثير مضاد، بأن يعمق من عدم الثقة في دوافع الأوروبيين. وإذا كان الكثير من هذه المبادرات المبكرة قد فقدت طريقها، فوقعت ضحية للإهمال الإداري أو للتضييق المالي، إلا أنها مهدت الطريق للعودة في أواخر القرن التاسع عشر لأفكار التدخل الطبي الشامل.

لم تكن الإدارات الاستعمارية والقوى الإمبريالية هي وحدها التي رأت أن للطب فائدة أوسع. فالمبشرون في أفريقيا في أواخر القرن التاسع عشر، والذي كان ليفنجستون معلمهم الأول، قد أدركوا الفرصة الفريدة التي يقدمها الطب لإرساء الاتصال بالسكان المحليين، ولإحياء الأمل في كسب النفوذ عليهم. وكما شهد الأسقف سميث عضو إرسالية الجامعات إلى أفريقيا الوسطى في 1893 فإن :

«هناك بعض المجالات للإرسالية يبدو أن الأطباء فقط هم الذين يستطيعون اكتساب أي نفوذ كبير فيها. وثمة كراهية متعصبة (كذا) للمسيحية، لا يمكن هدمها إلا بإظهار التعاطف لما يحدث من آلام للجسد... مصحوبا بالقدرة على تخفيفها. ويبدو أنه لا يمكن إلا من خلال العمل الطبي وحده... العثور على ثغرة للنفاذ إلى قلوب هؤلاء الناس».

وحسب ذلك، كان المبشرون يجندون على وجه الخصوص بسبب تدريبهم

الطبي، وأصبحت المستشفيات والمستوصفات عناصر مركزية في الاستراتيجية التبشيرية، وتوحد المبشرون في هويتهم مع الطب الغربي من حيث «طريقة التناول الإمبريقية والعقلانية»، والتمسوا من خلال ذلك العمل على مجابهة سلطان منافسيهم من «الأطباء السحرة» وأدى إعمال مفعول الطب إلى أنه جلب للمبشرين بعض المهتدين دينيا، وإن كان عدد غير قليل من أولئك الذين اعتنى بهم المبشرون وشفوهم، قد تعاطوا طب المبشرين من دون أن يتنازلوا عن معتقداتهم الدينية الخاصة، ولا عن نظرياتهم حول سبب المرض.

الإمبراطورية

أصبح الطب في السنوات الختامية للقرن التاسع عشر برهانا على قوة الغرب المتفوقة سياسيا وتقنيا وعسكريا، وبالتالي فإنه أصبح بمنزلة احتفالية بالإمبريالية ذاتها. وهو يعبر عن إيمان أوروبا بتفوقها الفطري هي نفسها، وسيادتها على الطبيعة. فالطب يسجل تصميم الإمبريالية على إعادة تنظيم البيئة وإعادة صياغة المجتمعات والاقتصادات المحلية في ضوء مدركات الإمبريالية وأولوياتها الخاصة بها.

ولما كانت اقتصاديات الإمبريالية ومنظوماتها الإدارية تعمل على أن تتوسع وتنشد سيطرة أشد شمولا على حياة الشعوب وعملها، فقد تنامى دور الطب كوسيلة مركزية لاكتساب المعرفة وتوسيع السيطرة. والطب هكذا أصبح إحدى الطرائق التي التمست بها الإمبريالية أن «تعرف» الشعوب، وأن ترسخ سلطتها عليها، وذلك من خلال الكم الهائل من المعلومات عن الأمراض والصحة التي بدأ تجميعها في شكل إحصائي وعلمى، ومن خلال إنشاء هيئات عمل طبية كثيرا ما كانت هي نفسها فروعا من بنية الدولة ذاتها، أخذت تمتد إلى أرجاء الريف بمثل ما تمتد في المدن. ولم تكن العملية تجري على نحو متماثل في كل مكان. فكانت أحيانا تجري على نحو أبطأ وأكثر ترددا، بينما كانت تتقدم في بعض المناطق وتحت حكم بعض القوى الاستعمارية بسرعة أكبر من غيرها. غير أنه يبدو أن العملية قد وصلت إلى ذروة عامة في وقت بين تسعينيات القرن التاسع عشر والحرب العالمية الأولى، من الحملات الكبرى التي تمت ضد مرض النوم والطاعون

والكوليرا والحمى الصفراء والملاريا. ونجد في مناطق كثيرة أن هذا التكاثر المفاجئ للقوى الطبية كان في المركز من نشأة الدولة الاستعمارية، وكثيرا ما كان أيضا في المركز من نشأة الاقتصاد الاستعماري. وهكذا نجد أن الحملات مثل تلك التي أجريت ضد مرض النوم في الكونغو أو ضد الكوليرا في الفيلبين إنما هي تدريبات ضخمة على تدخل الدولة وعلى وسائل التعامل الاجتماعي (الأمر الذي دلل عليه معا كل من مارينيز ليونز ورينالد وإليتو). والتدخل الطبي يمس مسا وثيقا حياة الناس متخذا لنفسه حقا غير مسبوق للسيطرة على صحة وأجساد الرعايا (باسم علم الطب). وإذا كانت الصحة والرعاية الطبية في الزمن الماضي الذي سبق العهد الاستعماري، تعد من الأمور التي تترك للمبادرات الفردية أو هي على أقصى حد تترك لجهود المجتمع، فإنها أصبحت تحت الحكم الإمبريالي جزءا من عملية أوسع في تنظيم الدولة والتحكم المركزي. وذات يوم زعم رودلف فيرشو رائد باثولوجيا الخلية أن السياسة «ليست إلا الطب على نطاق واسع». وفي ضوء من إمبريالية تسعينيات القرن التاسع عشر وأول القرن العشرين، يجد المرء أن هناك ما يغري بإعادة النظر في هذه المقولة، وعلى أن يؤكد أن الطب الإمبريالي في هذه الفترة لا يقل عن أن يكون سياسات على نطاق واسع.

أسهمت طبيعة الطب نفسها في أواخر القرن التاسع عشر في هذه النزعة للتدخل الطبي المتوسع. فالطب الغربي وقد نظر إلى نفسه على أنه يتصف بالعقلانية والعلمية والشمولية، فإنه عرف نفسه على أنه يتعارض مع ما يزعم من لا عقلانية الطب المحلي واتصافه بالخرافة. وعوملت عادات ومعتقدات الشعوب على أنها عقبات يجب التغلب عليها، ونزعات ظلامية يجب أن يقوم العصر العلمي الحديث بإزاحتها جانبا. وكما ذكر أحد الكتاب في 1950، فإننا يجب أن نضع مكانها وبدلا منها «المعرفة الحقيقية». ولما كانت بكتريولوجيا پاستير وكوخ تفهم المرض بلغة من الغزو الميكروبي، الذي تهدف مهمة الطب إلى الكشف عنه ومجابهته باستخدام أوجه علاج معينة، فقد ترتب على ذلك تجاهل عظيم للسياق الاجتماعي والثقافي والاقتصادي للمرض. وشجع ذلك النظم الإمبريالية على أن تعتقد أنها يمكنها أن تحل مشاكلها الصحية جد الملحة بأن تتناولها تناولا علميا،

وبأن تظهر تصميما كافيا على إنجاز حلها بصرف النظر عن أي مقاومة أو معارضة محلية. وبهذا فإن طب أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين كان من نوع فيه تصميم وثقة على نحو خاص، وهو فيما يُعتقد يعمل بما يفيد الناس أقصى فائدة. وكان مما يُزعم بكل ثقة أن من الممكن أن توجد حلول تقنية مستقلة ذاتيا لمشاكل هي في حقيقتها مشاكل اجتماعية واقتصادية وبيئية معقدة.

ويعد اشتراك العسكرية في نزعة التدخل الطبي في الفترة الإمبريالية ملمحا من أكثر ملامحها دلالة واسترعاء للنظر. وهو يعكس في جزء منه زيادة أهمية الجيش في ترسيخ ودعم النظم الإمبريالية عموما، كما أنه يعكس المدى الذي تبقى به صحة العسكر كأحد الحوافز الرئيسية وراء إنجاز عمل طبي أكثر اتساعا. وهكذا نجد أن الحكومات كانت مستعدة لتخصيص الموارد لحماية صحة الجيش وبيئته الصحية إلى مدى لا يمكن تصور أنه يحدث بالنسبة للسكان المدنيين. وبصرف النظر عن المبشرين كثيرا ما كانت الخدمات الطبية للجيش هي أجهزة العمل الوحيدة التي تشارك في طب المناطق الحارة، والتي تشكل المستودع الاحتياطي الوحيد للخبرة الطبية، الذي يمكن اللجوء إليه في حالة الطوارئ. وكان الجيش في بعض المناطق ـ مثل المغرب تحت الحكم الفرنسي، والسودان تحت الحكم البريطاني ـ يحتكر وحده توفير الرعاية الطبية الغربية حتى بعد نهاية الحرب العالمية الأولى. على أنه لا يقل عن ذلك أهمية ما كان يوجد من نزعة للنظر إلى التدخل الطبي (والحديث عنه) بلغة من العسكرية: فنجد أن الفرنسيين بخاصة «قد عالجوا أمر المعركة في سبيل الصحة كعملية عسكرية»، فشكلوا أطقم جيش طبية متحركة لمحاربة أمراض النوم والجذام والملاريا في ريف أفريقيا. وأظهر الأمريكيون والبلجيكيون نزعة مماثلة بالاعتماد على الجيش. وكثيرا ما نجد أن هناك شعورا بأن الجيش لديه التصميم (وكذلك القوة البشرية)، الأمر الذي ينقص الإدارة المدنية، كما أنه لم يكن هناك إلا احتمال قليل بأن يقيد الجيش نفسه بأي خطوط حمراء أو بأي معارضة محلية. على أنه بالنسبة للجيش أيضا كان يرجح الاحتمال بأنه سيقسو في تعامله مع المعارضة المدنية. فكانت عمليات الجيش الطبية تبدو في أعين المدنيين أمرا لا يختلف إلا قليلا عن دوره العسكري المألوف.

ولعل الحكومات تود بهذه الطريقة أن تذكرهم بجبروت الإمبريالية. على أن إحدى نتائج هذا الحزم الطبي والعسكري أنه أصبح من المحتمل أن يؤدي ذلك كما حدث في الفيلبين إلى زيادة تنفير أفراد الشعب بدلا من أن يظهروا امتنانهم وإذعانهم.

ويذكرنا دور الجيش أيضا بأهمية النظر في أسلوب التدخل الطبي ووسائله. وحتى الآن تركز الانتباه أساسا على الأفكار الطبية وسياسة العمل الطبية مع إهمال المؤسسات وأجهزة العمل، التي يتم من خلالها بالفعل توصيل الأفكار والممارسات الغربية إلى الشعوب المحلية. وسنجد أن عرق الطبيب وجنسه كذكر أو أنثى وسلوكه، كلها مما يمكن أن يكون له أهمية تماثل في قدرها أهمية أوجه العلاج التي يقدمها. والاتصال الفيزيقي بين الطبيب والمريض يمكن أن يكون جانبا من جوانب المجابهة الاستعمارية، يصل به الأمر إلى أن يكون جانبا مباشرا وضارا لأقصى درجة. كما أننا ينبغي ألا نغفل أهمية أجهزة العمل المحلية. فالطب الاستعماري يظل يبحث عن مجندين محليين لدعم ما لديه من قوة بشرية محدودة، وللقيام بتنفيذ الأدوار الطبية الأكثر تواضعا كدور مساعدي الجراحة والقائمين بالتطعيم. وكان هناك في أول الأمر استخفاف عام بأمر هؤلاء الأفراد ذوي الأدوار التابعة، فكانوا يتعرضون وقتذاك للسلوك المتعصب الأوروبي. وفي 1926 أعلن رئيس الخدمات الطبية في مستعمرة كينيا وهو يتحدث عن المساعدين الطبيين الأفريقيين، أن «من السهل على الأفريقي أن يكتسب المعرفة التقنية. ولكنه ينقصه على نحو يرثى له وجود الإحساس بالمسؤولية والمثابرة والأمانة والجدارة بالثقة عموما». على أنه حدث لأسباب من الضغط السياسي أو من الاحتياجات الإدارية، أن بدأ الآسيويون والأفريقيون في الحصول على تأهيل متخصص وفي أن يعهد إليهم بالمسؤوليات المهنية، وما أن حدث ذلك حتى ضعف كثيرا ما كان يبدو مبكرا من أن الطب الغربي أجنبي الطابع، وأمكن أن توجد سهولة أعظم في التواصل بين الطبيب والمريض، وربما أمكن إظهار نوع ما من الإحساس فيما يتعلق بالمشاعر والتقاليد المحلية بدرجة أكثر من ذي قبل. ومن المحتمل أن «أفْرَقَة» أو «تهنيد» هيئة العاملين بالطب قد سهلت أن يحدث في النهاية تقبل واستيعاب لما كان يعد قبلها طبا يقتصر أمره على الرجل الأبيض.

على أن نزعة التدخل الطبي في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، ظهر لها أيضا صراعاتها وتناقضاتها الداخلية الخاصة بها. والطب الغربي لم يكن يتحرك في فراغ علاجي ولا في فراغ ثقافي. وقد هددت الإجراءات الطبية الغربية الكثير من العقائد التي كانت مغروسة غرسا عميقا، والكثير من الممارسات الاجتماعية الراسخة منذ زمن طويل. وليس مما يثير الدهشة أن هذه الإجراءات كثيرا ما كانت تقابل بالإشاعات الجامحة، والشك العميق، والتهرب منها ومقاومتها. فكانت تقع أعمال عنف وشغب عند تدمير البيوت والممتلكات، وعند تفتيش الأفراد وإبعاد المشتبه فيهم طبيا بنقلهم في عربات وكأنهم مذنبون، فينقلون إلى المستشفيات ومعسكرات العزل والمحاجر الصحية. وعلى الرغم من أن ردود الفعل هذه لم تكن تتصف أبدا بالعمومية من حيث حجمها وشدتها، إلا أنها أثارت شكوك رجال إدارة المستعمرات بالنسبة لهذه المهام الضخمة، ومدى كفاءتها طبيا ونفعها سياسيا وجاذبيتها ماليا. وهكذا فإن الحلول الأوسط كانت أحيانا تفضل على المجابهة، حتى إن كان ذلك يعني التضحية بالأهداف الطبية، وأن يسمح للمتحدثين باسم السكان المحليين هم وممارسي طبهم بأن يؤدوا دورا ما في إدارة حملات الصحة العامة. وإلى جانب ذلك لم يكن يوجد إلا القليل من الاتفاق بين الإخصائيين الطبيين أنفسهم، فيما يتعلق بالطريقة التي ينبغي الوصول بها إلى التحكم في الأوبئة الرئيسية مثل مرض النوم أو الطاعون، وكثيرا ما كان هذا الانقسام في آراء الخبراء يؤدي إلى إفشال تنمية استراتيجيات للتحكم في المرض على نحو فعال متصل. ومرة أخرى فإن أيان كاتاناتش يذكرنا بسنوات الطاعون في الهند، حيث كثيرا ما كان رجال الإدارة المدنية لا يرغبون في التنازل عن المسؤولية لرجال الطب وخبرائه، ويصممون على أن إدارة مثل هذه الأمور ذات التأثير الواسع والحساسية السياسية، يجب أن تظل بحسم تحت السيطرة الإدارية. وكلما أصبحت السلطة الاستعمارية أكثر رسوخا (أو كلما أصبحت أكثر اعتمادا على دعم النخبة «التقليدية»، والجماعات الاجتماعية في مواجهة المعارضة القومية المتصاعدة)، فإنها كانت تزيد نفورا من أن تأخذ على عاتقها نزعة التدخل الطبي الشمولية، التي قد تقوض من الأوضاع الحالية التي تعد من قبل أوضاعا مقلقة.

وبحلول العشرينيات من القرن العشرين أصبحت الحدود الإدارية والتقنية للطب الغربي حدودا واضحة، الأمر الذي كانت جائحة الأنفلونزا في 1918 مفيدة في أن تذكر به المستعمِرين والمستعمَرين معا. وعلى الرغم من أن الحرب والجائحة كان لهما مفعولهما، في حفز توسيع شؤون الصحة العامة القروية في بعض أجزاء من أفريقيا، إلا أن الكساد الاقتصادي ما لبث أن بدأ في وقت لا يكاد يزيد على عقد بعدها، الأمر الذي فرض كوابح جديدة في الإنفاق على شؤون الصحة العامة. وهكذا انتهى العصر «البطولي» للتدخل الطبي. وبحلول هذه المرحلة كان عدد من الأمراض الوبائية الرئيسية قد تم كبح جماحه، أو أن هذه الأمراض حدث لها، لأسباب مستقلة عن فاعلية الطب الغربي، أن توقفت عن أن تكون من الشؤون التي تشغل بال الاستعمار انشغالا رئيسيا. كما كان هناك أيضا إدراك متزايد بأن المرض ليس أمرا يتاح حله بحلول سهلة إلا في أحوال قليلة، وأن الكثير من أحوال سوء الصحة في عالم المستعمرات يرتبط في أغلبه ارتباطا وطيدا بمشاكل الفقر ومشاكل التغذية. وكما يوضح مايكل ووربويز، فإن سنوات ما بين الحربين العالميتين قد جلبت بعض الإدراك بأن نقص التغذية، هو الذي يقف الآن في سبيل «تنمية» المستعمرات بأولى من الأمراض الوبائية الرئيسية. على أن أودري ريتشاردز برهنت في دراستها الرائدة عن بمبا، على أن الغذاء لا يمكن إلى حد كبير فصله عن الثقافة، وبالتالي فإن هذا يطرح موقفا ذا إشكالية أكبر وأكثر تطلبا لتدخل الدولة. وعلى الرغم من أنه قد حدث في فترة ما بين الحربين بعض التحول من الطب العلاجي إلى الطب الوقائي، ومن الأمراض الوبائية إلى الأمراض المتوطنة من سوء الصحة والتغذية، إلا أن حجم المشكلة التي تكشفت كان جد كبير (وجد مكلف من حيث أموال المستعمرات وقواها البشرية)، بحيث لم يكن يمكن لمعظم الإدارات الاستعمارية أن تفكر في علاجها بأي طريقة شاملة.

ولعل التناقض النهائي في التدخل الغربي الطبي يكمن في تراثه الذي تتكشف فيه أوجه التباس في الإمبراطورية. وكثيرا ما كان الموقف من الطب الغربي أثناء النضالات الآسيوية الأفريقية في سبيل الاستقلال موقفا ملتبسا. فنجد من ناحية أن بعض أصحاب النزعة القومية كانوا يتطلعون إلى إحياء الطب المحلي كجزء من إعادة اكتشاف جذورهم الثقافية الخاصة

بهم، ويرفضون وسائل العلاج الغربية الأجنبية. ومن الناحية الأخرى نجد أن الأطباء المحليين من ممارسي الطب الغربي، كثيرا ما وصلوا إلى أن يكونوا أعضاء لهم نفوذهم في الطبقة القومية الوسطى، ممن يدينون الاستعمار بسبب شحه في منح العطايا من فوائد الطب الغربي. ولعل هذا الوضع المزدوج المتضارب يحمل بخاصة الدلالة على قوة تأثير الطب الإمبريالي في المجتمعات المحلية.

الحواشي

(*1) الديموجرافيا: علم السكان، أي الدراسة الإحصائية للسكان من حيث المواليد والوفيات والصحة والزواج... الخ - (المترجم).

(*2) الأنثروبولوجيا: علم الإنسان الذي يبحث في أصل الجنس البشري وتطوره وأعراقه وعاداته ومعتقداته - (المترجم).

(*3) فلورانس نايتينجيل 1820 - 1910: إنجليزية تعد أول من أسس علم التمريض وهيئات التمريض المنظمة، وكان لها دور كبير في تمريض الجنود في حرب القرم - (المترجم).

(*4) ممالك لشعوب متمدنة في المكسيك وأمريكا اللاتينية قبل أن يغزوها الإسبان 1519 - (المترجم).

(*5) الإيكولوجيا: فرع البيولوجيا الذي يدرس العلاقة بين الكائنات الحية وبيئتها - (المترجم).

(*6) الجائحة: وباء ينتشر انتشارا واسعا سريعا قد يشمل عدة أقطار معا - (المترجم).

(*7) الزهري: مرض تناسلي له مضاعفات خطيرة، وكاد يختفي بعد اكتشاف البنسلين، إلا أنه عاد للظهور حاليا - (المترجم).

(*8) الباجودا: معابد في شكل أبراج ذات أدوار متعددة في الهند و الصين - (المترجم).

(*9) الحمى الصفراء: حمى خطيرة ينقلها نوع من البعوض، وتسبب زيادة الصفراء في الدم أو نوعا من اليرقان - (المترجم).

(*10) حمى البول الأسود: أحد المضاعفات الخطيرة للملاريا، حيث تتكسر خلايا الدم وتخرج صبغة الدم (الهيموجلوبين) في البول فتعطيه لونا قاتما - (المترجم).

(*11) مستعمر إنجليزي له دور كبير في إنشاء مستعمرة روديسيا (على اسمه) في أفريقيا، وهي حاليا زيمبابوي - (المترجم).

(*12) ملك بلجيكا الذي كان يدير مستعمرة الكونغو في أول الأمر على أنها ملكه الخاص، وليست ملك الدولة - (المترجم).

(*13) حرب وقعت بين إنجلترا والمستوطنين الأوروبيين للترنسفال (جنوب أفريقيا) في 1899 - (المترجم).

(*14) دودة الأنكلستوما الطفيلية التي تتعلق بخطافات في فمها بجدار الأمعاء الدقيقة وتمتص الدم منه فتسبب للمريض فقر دم شديد - (المترجم).

9 البلهارسيا: مشكلة (لصحة الأهالي)(*1) ١٩٠٠ ـ ١٩٥٠

چون ڤارلي

كان هناك تزامن بين «عصر الإمبريالية» ونشأة نظرية الجراثيم، وما ترتب عليها من اكتشافات لطبيعة الكثير من أمراض المناطق الحارة، وكثيرا ما أدى هذا التزامن إلى افتراض أن الإمبريالية أيا كانت أخطاؤها الأخرى فإنها قد أدت على الأقل إلى تحسين صحة السكان المحليين. على أن طب المناطق الحارة أو المستعمرات الذي بدأ في أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر، بإنشاء مدرستي لندن وليفربول لطب المناطق الحارة، هذا الطب قد نشأ نتيجة لإدراك أن حياة الأوروبيين من موظفي أقاليم المستعمرات، ورجال الإرساليات وأفراد الجيش لا يمكن الحفاظ عليها بأكثر فاعلية إلا إذا قام بذلك أطباء سبق لهم قبل توظيفهم، بعض من التدريب على تشخيص وعلاج أمراض المناطق الحارة. وبالتالي، فإنه على الرغم من استمرار الإشارة إلى «رفاهية وتقدم الأعراق التي نحكمها». إلا أن سياسة عمل الحكومة إنما كانت تهتم أساسا برفاه

الموظفين البيض. ويستشهد في ذلك بما قاله چوزيف تشمبرلين: «إنك ترسل الجنود والبحارة، ثم تفكر في أنك ملزم بإرسال الأطباء لرعايتهم. ولكن هل فكرت في هذا العدد الكبير من أفراد هيئة الموظفين المدنيين القديرين الذين أرسلتهم إلى هناك، وما سيتم عمله لهم في حالة اعتلال صحتهم؟». فطب المستعمرات إنما وجد أساسا لجعل المناطق الحارة مناسبة لإقامة الرجل الأبيض. ومع ذلك فإن فوائد وفتوحات طب المناطق الحارة كثيرا ما تعد هبة من هبات الاستعمار، فهي بمنزلة تبرير للماضي الإمبريالي لبريطانيا ولأمريكا أيضا.

والبلهارسيا أو الإصابة بطفيل الشيستوزوما توفر لنا محكا للاختبار يمكننا أن نقيّم به هذه الدعوى. والبلهارسيا، بخلاف الملاريا، هي تقريبا بالكامل «مرض خاص بالأهالي» نادرا ما يمس حياة رجال الإدارة بالمستعمرات. والبلهارسيا من أمراض المناعة التي يحدثها بيض ديدان الشيستوزوم المفلطحة، التي تعيش في الأوعية الدموية لجدران أحشاء الإنسان أو مثانته البولية، وقد كان مرض البلهارسيا، وما زال، مرض الفقر في الريف، وهو مرض متوطن في معظم المناطق الحارة فيما عدا الهند. وتتم الإصابة به نتيجة تعرض الجلد لماء عذب يحوي يرقات الشيستوزوم التي تسمى السركاريا. وهذه السركاريا تنشأ من أجسام تشبه الأكياس تسمى أكياس البوغات، توجد في أنسجة قواقع من قواقع الماء العذب، وتخرج منها يوميا في أعداد كبيرة، وتعدي البشر بأن تثقب الجلد. وعندما نفحص الدوافع التي كانت وراء الاهتمام البريطاني والأمريكي وجنوب الأفريقي بهذا المرض، بدلا من الأمراض الأخرى التي كانت تهدد صحة موظفيهم وأهلهم، فإننا سنتمكن من الوصول إلى فهم أفضل لتأثير طب المستعمرات في «صحة الأهالي».

مصر (1914)

ثار اهتمام البريطانيين بالبلهارسيا لأول مرة قبل الحرب العالمية الأولى مباشرة، وكان سبب ذلك هو الاعتقاد بأن المرض يشكل تهديدا خطيرا لحمايتهم في مصر. وما من شعب آخر على الأرض يعاني من أضرار البلهارسيا بمدى ما يعانيه الفلاحون المصريون. والأرقام مذهلة: فسبعة

وأربعون في المائة من كل سكان مصر كانوا مصابين بها حسب تقدير ج. ألن سكوت في 1937، وتصل الإصابة إلى ما بين 16 إلى عشرين مليونا في رأي باحثين مصريين في سبعينيات القرن. ويقدر بحث مسحي حديث جدا إصابة الأطفال في مدرسة الأقصر الابتدائية بنسبة ثمانين في المائة.

عرف الأوروبيون بأمر المرض لأول مرة في منتصف القرن التاسع عشر، عندما حدث كجزء من سلسلة من الإصلاحات بالأسلوب الأوروبي، أن أُجريت محاولات لتحسين جودة التعليم الطبي في مصر، بتوظيف أساتذة جامعة أوروبيين للمدرسة الطبية في القاهرة. وكان أحد هؤلاء الأساتذة هو تيودور بلهارز، الذي وصف دودة الشيستوزوم لأول مرة 1851، بينما قام في نفس الوقت أستاذ آخر بوصف باثولوجيا المرض، وهو ويلهلم جريزنجر. وتولى البريطانيون حكم البلاد في 1882، وأجروا في تسعينيات القرن التاسع عشر سلسلة مشابهة من الإصلاحات، كان من نتيجتها أن أتى آرثر لوس من جامعة ليبزج للتدريس في مدرسة الطب. وفي النهاية افترض لوس دورة حياة خطأ لدودة الشيستوزوم، الأمر الذي أدى بالبريطانيين إلى الاهتمام بالبلهارسيا بصورة رسمية.

عندما وصل لوس إلى مصر، لم يكن هناك أي إضافة جديدة لما لاحظه بلهارز أصلا وهو: أن البيضة تفقس لتخرج «جنينا حرا» أو الميراسيديوم، وهو طور يرقي صغير يسبح في حرية ويظل حيا لساعات معدودة لاغير. أما ماذا يحدث بعد ذلك فقد ظل سرا، وإن كان الكثيرون قد استنتجوا بالقياس بالتماثل مع الطفيليات التي كان هناك دراية أفضل بها، أن الميراسيديوم لابد أنه يخترق أنسجة أحد القواقع، أو غير ذلك من عائل وسيط(*2) لا فقري. إلا أن أي مقولة تصدر عن لوس كانت تعد أكثر المقولات جدارة بالتصديق، فلوس كان قد وطد سريعا من مركزه كواحد من علماء العالم المبرزين في علم الديدان الطفيلية.

كان لوس في وقت مبكر من حياته العلمية في مصر، قد افترض على نحو طبيعي أن الميراسيديوم ينمو في غالب الأمر في عائل وسيط من الرخويات. ولكنه فشل في إجراء تجارب يعدي فيها قواقع دلتا النيل ورخوياتها ذات الصدفتين، كما فشل في العثور على قواقع أو لا فقريات أخرى تكون قد تمت عدواها طبيعيا بيرقات الشيستوزوم، وأدى به ذلك

إلى أن يستنتج أن «انتقال الجنين لا يمكن أن يحدث بواسطة عائل وسيط من الحيوانات الدنيا» وبالتالي، فإن الأمر حسب لوس هو أن ميراسيديوم الشيستوزوم بعد أن يفقس من البيض لا يُمرر إلى أحد القواقع وإنما يخترق مباشرة جسم الإنسان. وهو يجادل بأن أطوار الأكياس البوغية اليرقية من الشيستوزوم تنمو في كبد الإنسان، وليس في الغدة الهضمية للقواقع. ويكتب لوس قائلا: «إنني بالتالي مضطر للاقتناع بأن الإنسان نفسه يعمل كعائل وسيط».

كان لوس قد نال سمعة حسنة يستحقها عن جدارة، وبلغ من سمعته هذه أن هذه النظرية العجيبة عن «العدوى من الجلد» قد اكتسبت تأييدا واسع الانتشار. وكما ذكر فرانك مادن أستاذ الجراحة في مدرسة الطب المصرية، في أول مرجع يكرس كله للبلهارسيا فإنه «قد يحدث أن أي بركة صغيرة قد تتلوث ببول أو براز مريض يعاني من الإصابة بالبلهارسيا، ثم يحدث في زمن قصير جدا أن يصبح الماء أو الوحل مليئا بيرقات الميراسيديوم النشطة، وهذه إذ تقع على قدم عارية أو سيقان أو أيد عارية فإنها تخترق الجلد وبذا تؤدي إلى العدوى».

ودلالات دورة حياة من هذا النوع لا يصعب تخيلها: فالطفيلي الذي يمر هكذا مباشرة من الإنسان إلى الإنسان يكون فيه إمكان لخطر على الرجل الأبيض مثلما على الفلاح المصري. على أنه سيكون خطرا يهدد بخاصة القوات البريطانية التي تتخذ مواقعها في مصر وبطول قناة السويس. وأي بركة صغيرة في أي معسكر جنود ستكون مصدرا محتملا للمرض. وهكذا فإن رجال المدفعية الذين يعودون من مصر إلى الوطن يمكن أن يصبحوا مسؤولين عن وباء من البلهارسيا في معسكرات دوليتش! أي أن نظرية لوس للانتقال المباشر للعدوى قد حولت البلهارسيا إلى مرض في الإمكان أن يكون مرضا للرجل الأبيض.

لم يتباطأ البريطانيون في الاستجابة لهذا التهديد. وفي 24 أكتوبر 1913، عقد اجتماع للجنة الاستشارية لصندوق أبحاث أمراض المناطق الحارة، واقترح رونالد روس إرسال دكتور ستيفنس من مدرسة ليفربول إلى قبرص لإجراء بحث على المرض. وكما يذكر روس فإن المرض له أهمية عظيمة لمصر «بما في ذلك أهميته للحامية البريطانية». على أن اللجنة

قررت بدلا من ذلك أن ترسل روبرت ليپر للصين «لدراسة طريقة انتشار عدوى البلهارسيا، وللحصول إن أمكن على أدلة تجريبية أكيدة عن هذا الموضوع». وكان الجانب الصيني من الرحلة فاشلا، إلا أن ليپر زار اليابان حيث كان قد تم حديثا اكتشاف دورة حياة الشيستوزوما اليابانية، وأقنعته هذه الزيارة بأن «دورة حياة الشيستوزوما اليابانية تتفق في جوانب جوهرية مع دورة حياة الديدان الأخرى من التريماتودا[*3]. فهي تماثلها في أن ميراسيديوم الشيستوزوم عندما يفقس خارجا من البيضة، يغزو أنسجة القواقع، لينتج أكياسا بوغية داخل ما يشبه الكيس. وهذه بدورها تنتج الكثير من السركاريا ذات الذيل المشقوق والتي تثقب جلد العمال اليابانيين في الحقول ذات البرك الصغيرة. وبالتالي، فقد استنتج ليپر في تقريره إلى اللجنة أن «فرض لوس خطأ بالكامل. ويبقى الآن إثبات أن الشيستوزوما هيماتوبيوم[*4] تتبع سياقا مماثلا.

في ذلك الوقت، حيث كانت بريطانيا قد دخلت الحرب، وحيث طرد لوس التعس بلا اختفاء ليعود إلى ألمانيا، كان حل لغز البلهارسيا في مصر قد أصبحت له أهمية حيوية بالنسبة للحامية البريطانية. وكنتيجة لذلك ألحق ليپر على القوات الطبية للجيش الملكي وأرسل لإجراء الأبحاث على المرض. كانت مهمته واضحة:

«نظرا لانتشار وقوع مرض متوطن بمصر، وحيث إنه يحتمل استخدام أعداد كبيرة من القوات في مواقع الدفاع عن قناة السويس، قد خولتني السلطة للذهاب إلى مصر لإجراء أبحاث على مرض البلهارسيا في تلك البلاد، ولإعطاء المشورة بالنسبة لما يتخذ من إجراءات وقائية فيما يتعلق بالقوات المسلحة».

بدأ ليپر أبحاثه بأن جمع ما يزيد على 3 آلاف قوقع من قناة عند المرج، وهي قرية صغيرة في الدلتا شمال شرق القاهرة. وسرعان ما وجد يرقات طور السركاريا ذات الذيل المشقوق التي كان قد تعلم في اليابان طريقة التعرف عليها، وقد وجدها في نوعين شائعين من القواقع، وعاد إلى لندن وقد حمل معه أربعة فئران، وستة وعشرين جرذا، وستة عشر جرذا صحراويا، وحيوانين من حيوانات خنزير غينيا[*5]، وأربعة قرود، كلها قد نقلت لها تجريبيا العدوى بهذه السركاريا. وعندما تم فحصها، وجد أنها

كلها أصبحت تحمل ديدان الشيستوزوم في دورتها البابية(*6). وبالتالي، فإن دورة حياة ديدان الشيستوزوم المصرية تتضمن ـ كما في اليابان ـ المرور من خلال عوائل وسيطة من القواقع، ثم اختراق السركاريا المباشر لداخل العائل النهائي. كان لوس مخطئا بالكامل.

كان لهذه النتائج دلالاتها العملية بالنسبة للقوات البريطانية في مصر، الأمر الذي أوضحه ليپر تماما في تقريره. ويكتب ليپر أنه حسب فرض لوس «فإن كل التجمعات المؤقتة للمياه سيكون فيها خطر لو لوثت حديثا... وأفراد القوات الذين ستصيبهم العدوى سيكونون عرضة لأن يعيدوا عدوى أنفسهم، ولأن ينشروا المرض بين الأفراد الآخرين من القوات وأن ينقلوا المرض إلى أي جزء من العالم». ومن الناحية الأخرى «فإن مجاري المياه الكبيرة، مثل النيل والقنوات والمستنقعات والبرك، يقل الاحتمال بأنها تكون معدية». أما الآن بعد اكتشاف القواقع العائلة، فإن ليپر يواصل القول بأن «تجمعات المياه المؤقتة آمنة تماما... وأفراد القوات الذين تصيبهم العدوى لن يستطيعوا إعادة عدوى أنفسهم أو نشر المرض مباشرة للآخرين... وكل التجمعات المستديمة للمياه مثل النيل والقنوات... فيها إمكان خطر، حسب وجود العائل الوسيط الضروري».

مع هذه الاكتشافات، استنتج ليپر أن البلهارسيا لم يعد فيها بعد أي تهديد للقوات التي لها كيانها المنضبط، حيث يمكن أن يفرض فرضا صارما تطبيق اللوائح بتجنب المياه الملوثة بالقواقع. ويذكر ليپر في مقال في مجلة «چورنال أوف ذا رويال آرمي مديكال كورپس» (مجلة القوات الطبية للجيش الملكي)، أنه «يمكننا أن نتنبأ بدرجة معقولة من الأمان بأن المرض لا يمكن قط أن يصل إلى أن يوطد من قبضته الرهيبة، على أفراد القوات، ويحدث فيهم الأضرار الشديدة التي يحدثها في الأهالي المصريين المصابين بالعدوى إصابة شديدة». وأصبح مرض البلهارسيا هكذا، «واحدا من تلك الأمراض التي يكون الفرد فيها هو المسؤول شخصيا مسؤولية أساسية إن لم تكن مسؤولية كاملة». ولم تعد البلهارسيا بعد تشكل تهديدا خطيرا لرفاه القوات البريطانية المنضبطة ولا لموظفي المستعمرات الذين يعيشون بالأسلوب المتفق عليه. ولن يصاب اللندنيون بالمرض بأن ينتقل بلا مقاومة من بركة صغيرة لأخرى عبر المدينة. ومن الممكن على نحو آمن تجاهل المرض. وفي عام

1939 الذي يسبق بعام واحد بدء عهد جديد من التاريخ الطبي للإمبراطورية البريطانية، نشر هارولد سكوت الأستاذ بمدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة، كتابا له من جزءين عنوانه «تاريخ طب المناطق الحارة» لم يرد فيه أي ذكر للبلهارسيا !

جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية

هذه اللامبالاة بالبلهارسيا لم يشارك فيها وقتذاك البيض من سكان جنوب أفريقيا، التي كانت بالطبع ما زالت جزءا من الإمبراطورية البريطانية. وبحلول العشرينيات من هذا القرن كان هؤلاء البيض يعون وعيا شديدا ذلك الخطر الجديد الذي يتهدد رفاههم، وهو: «الأهالي المصابون بالمرض». ووظف معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية آني پورتر لإجراء أبحاث عن نسبة وقوع الإصابة بديدان الشيستوزوم وغيرها من الديدان الطفيلية، بين السكان الأفريقيين، وحذرت پورتر من وجود هذا الخطر في أول تقرير لها. وذكرت أن الأفريقي: «يصبح مصدر خطر للعائلين(*7) غير المحصنين، ومركزا لنشر عدد من العلل في الجهاز الهضمي كنتيجة لعاداته المتسيبة»، وحذرت من أن الأطفال البيض بخاصة يكونون عرضة للعدوى بالطفيليات التي تمرر لهم من مربياتهم الأفريقيات. والحقيقة أنها تستنتج «أنه يبدو من المحتمل جدا أن الأهالي المصابين بالعدوى يعملون بمنزلة مستودع للمرض». والتقط صيحة التحذير هذه سي. ت. لورام رئيس لجنة جنوب أفريقية شكلت لإجراء أبحاث عن إمكانات تدريب الأهالي على الطب. ويذكر التقرير أن هناك حشودا من الأهالي في مراكز كثيرة ليس لديهم إلا فرصة محدودة للعلاج الطبي، فيصبح المرضى الذين لا يعالجون مصدر خطر لبقية المجتمع». كان مصدر التهديد هكذا في أكثره، ليس من أمراض معينة، وإنما من «الأهالي المصابين بالمرض» والذين يحملون هذه الأسقام.

على أن هذا التهديد لصحة أفراد المجتمع الأبيض أنفسهم لم يكن العامل الوحيد الذي شجعهم على النظر في أمر صحة السكان الأفريقيين؛ ذلك أن المصالح الاقتصادية كانت تساوي ذلك أهمية. «أصبحت صحة عامل المناجم من أفراد البانتو تكاد تكون وسواسا قهريا عند شركات التعدين»، وذلك كما كتب كاترابت في عموده الذي أثنى فيه على أطباء

المناجم في جنوب أفريقيا. وفي النهاية بنت شركات التعدين في جنوب أفريقيا مستشفيات حديثة، مثلها في ذلك مثل الشركة المتحدة للفواكه، والشركات الأمريكية الأخرى المشتغلة بالتجارة في المناطق الحارة، ووظفت شركات التعدين هيئة طبية يعمل أفرادها طوال الوقت، وفعلت الكثير حتى تخفض من معدلات الوفاة بين المرضى في المناجم وهي معدلات كانت قد وصلت إلى مستويات رهيبة، بعد أن أخذت غرفة التعدين تجند عمال تعدين غير مهرة من الأفريقيين. كذلك فإن شركات التعدين في جنوب أفريقيا، مثلها مثل نظائرها الأمريكية، وجهت اهتمامها إلى تعزيز الأبحاث على أمراض المناطق الحارة، وساعدت في سبيل تحقيق هذا الغرض، على تأسيس معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية.

عندما أعيد فتح المناجم بعد حرب البوير(*8)، واجهت غرفة المناجم نقصا خطيرا في القوى العاملة. ولما كان تحسين الظروف الصحية «لصبيان المناجم» فيه إمكان لأن «يشجع» على جمع مزيد من العمال، أدى هذا إلى أن تمول الغرفة إصدار سلسلة من التقارير الصحية بهذا الشأن. ويبين تقرير 1903 أن معدل الوفيات سنويا هو 7 ,57 في الألف، وأن 7 ,41 في المائة من هذه الوفيات بسبب أمراض الجهاز التنفسي. والأسوأ من ذلك أيضا أن تقرير 1905 أظهر معدل وفيات لا يكاد يصدق، ويبلغ 130 في الألف من الأفريقيين الذين جمعوا من المناطق الحارة شمال حدود الترنسفال، واختيروا بفرزهم حسب قوتهم البدنية وحسن صحتهم. أي أن ثُمن أفراد قوة العمل تقريبا يموتون سنويا وهم يتكونون من ذكور شبان بالكامل! على أن الأمر قد استغرق مرور عقد من السنين حتى تأخذ غرفة المناجم في الهجوم على المشكلة بأسلوب جدي. ففي 1913 دعي الجنرال جورجاس إلى جوهانسبرج لإعطاء المشورة بشأن صحة البيئة في مجمعات عمال المناجم الأفريقيين، فأوصى بالتوسع في إنشاء المستشفيات، وزيادة مساحة الإيواء في المجمعات، وأن يكون هناك سرير منفصل لكل رجل. وقبل ذلك بسنة كان رجال صناعة التعدين قد تآزروا مع حكومة الاتحاد لتأسيس معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية، الذي أقيم لإجراء الفحوص البكتريولوچية الروتينية ولإجراء الأبحاث المتعلقة على وجه الخصوص بأمراض العمال الأفريقيين في مناجم الذهب والماس والفحم.

وقعت أحداث مشابهة في روديسيا الجنوبية، وإن كانت أقل اتصافا بالدرامية، وأدى الانشغال بصحة عمال المناجم هناك في 1928، إلى إنشاء قسم يسمى «صحة الأهالي» يرد ذكره مضمنا في التقارير السنوية لإدارة الأهالي الصحية. فالروديسيون أيضا كانوا متنبهين لأمر مرضاهم الأفريقيين. ويذكر تقرير عام 1931 لمصلحة الصحة العامة لروديسيا الجنوبية، أن «الأهالي هم المستودع الذي يعدى منه الرجل الأبيض حيث يضطر إلى أن يعيش في مخالطة حميمة معهم، فتصيبه العدوى. ويمكن الاستشهاد في ذلك بأمثلة من أمراض من نوع الملاريا والدوزنتاريا والديدان المختلفة للأحشاء مثل الشيستوزوما». هذا وقد حدث كنتيجة لإدراك أن السلطات الطبية قد تجاهلت إلى حد كبير الحالة الصحية لهؤلاء الأفريقيين بما فيها من احتمالات الخطر، أن أدى ذلك إلى كهربة البيض للقيام بإجراءات سريعة بشأن ذلك. وبحلول منتصف ثلاثينيات القرن العشرين كان لدى المستوطنين البيض في روديسيا الجنوبية خمسة وعشرون مستشفى قاعدة «للأهالي» تعمل بالفعل. ويلخص ويليام بلاكي، مدير معمل الصحة العامة الأساس المنطقي لهذا الاهتمام بصحة الأفريقيين أحسن تلخيص، إذ يكتب قائلا: «من المعقول أن نعتبر أن هذا الاستثمار يعد بمنزلة تأمين لحماية صحة الأوروبيين، وأنه استثمار تقوم به الأمة حتى تحافظ بصورة أفضل على مواردها من القوى العاملة من حيث النوع والكم».

«لست من محبي الزنوج العاطفيين... على أنه مهما كان نفورنا من الأمر، فإن الأهالي لن يسمحوا لنا بتجاهلهم أو نسيانهم إلا في مقابل عقاب يصيبنا، وهو تعرضنا نحن أنفسنا لأقصى الخطر، ذلك أن الأهالي بالنسبة لعدد كبير من الأمراض التي تثير قلقنا، يوفرون مستودعا للعدوى بهذه الأمراض... ولو أنني نجحت في إيقاظ الوعي الجماهيري بالنسبة لهذه المسألة، فسوف أحس بأن الخدمة التي أديتها للمجتمع الأوروبي أعظم مما أديته لشعب الأهالي».

شغلت البلهارسيا موضعا مهما بين أمراض الأفريقيين الرئيسية، التي تهدد صحة وأرواح السكان البيض في جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية. وكان بلاكي نفسه كعالم ديدان طفيلية من مدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة، قد وصل في 1927 لإجراء مسح على السكان الروديسيين

بالنسبة لإصابتهم بالديدان الطفيلية. ووجد بلاكي أن البلهارسيا هي أخطر أمراض الديدان الطفيلية عند أطفال المدارس البيض، ومع التهديد الذي يفرضه وجود «مستودعات المرض عند الأهالي»، فإنه أوصى بعمل مسح جماعي للديدان الطفيلية في محميات الأهالي. وبين هذا المسح الذي أجري في 1930 أن المرض «له أهمية رئيسية في المستعمرة»، وكانت نسبة الأطفال الأفريقيين الذين يحملون دودة الشيستوزوم في كثير من الأقاليم تبلغ تقريبا عشرين في المائة.

وعلى الرغم من أن أمراض الجهاز التنفسي كان لها بالطبع الأولوية فيما يجرى من أبحاث في جنوب أفريقيا، فإن الدكتور ج.أ. تيرنر المشرف الطبي لرابطة العمال للأهالي في (وبتواتر ساند)، كان قد لفت الانتباه مبكرا إلى وقوع حالات من البلهارسيا بين الأهالي الذين يُجمعون من موزمبيق للعمل في المناجم. وكتب تيرنر في 1910: «لعله لا يوجد بالنسبة لسكان مقاطعة موزمبيق مرض آخر يماثل العدوى بالبلهارسيا في مقدار ما تسببه من كرب وانزعاج شديدين. فهذا المرض ترجع إليه كل صنوف الأذى فوق الأرض بما في ذلك العنةّ في الرجال والعقم في النساء. ولعله حدث كنتيجة لهذا التحذير أن ضمنت البلهارسيا بين الأمراض التي تجري عليها الأبحاث، بواسطة أعضاء هيئة العاملين في معهد جنود أفريقيا للأبحاث الطبية. هذا وقد ظلت آني پورتر مسؤولة عن هذه الأبحاث حتى استقالتها في 1931، ونشرت أبحاثها الحاسمة عن المرض في 1938. وعلى الرغم من اضطرارها لارتكاب أخطاء كثيرة بسبب عدم قدرتها على تعيين العوائل المتوسطة من القواقع، وعدم قدرتها على التمييز بين يرقات الشيستوزوما البشرية ويرقات الأنواع الأخرى من الشيستوزوما، إلا أنها كانت أساسا على صواب في وصفها لتوزيع انتشار المرض في الاتحاد. وهي تذكر أن البلهارسيا مرض متوطن في الترنسفال في منطقة تقع تقريبا شمال خط الحدود بين مفكنج وبريتوريا؛ وفي الناتال؛ وفي إقليم الكاب، شرق أخدود دراكنسبرج وشمال نهر سندايز وبورت إليزابيث.

العلاج والتحكم

مما يثير العجب أن سكان جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية لم يتخذوا

قبل الحرب العالمية الثانية أي إجراء ضد المرض، على الرغم من إيمانهم بأن «الأهالي المصابين بالبلهارسيا» يشكلون خطرا على صحتهم وازدهار أحوالهم. وقنعت السلطات في كلا البلدين بما تم إجراؤه من أبحاث المسح.

هذا وقد كان في الإمكان اتخاذ إجراءات ضد المرض؛ فبحلول العشرينيات من القرن كانت قد بدأت تلوح مادتان كيماويتان مطروحتان لاستئصال البلهارسيا، وهما: طرطرات الأنتيمون أو الطرطير المقيئ، وكبريتات النحاس. ومن المعتقد أن كلا من هاتين المادتين الكيماويتين تقتل المرض. فمن المعتقد أن المادة الأولى منهما عندما تحقن في مجرى الدم تقتل الديدان الطفيلية البالغة، أما المادة الأخرى فإن محلولها المخفف إلى تركيزات صغيرة يقتل القواقع في الظروف المعملية. وكان دور كلتا المادتين الكيماويتين في إمكان استئصال المرض، قد تم الكشف عنه بعد زمن قصير من قيام ليپر بوصف الدورة الصحيحة للديدان في مصر. وكان لوس قبل هذا الاكتشاف يجادل بأن استئصال المرض يعتمد على التعليم، وعلى التحكم الكامل في شؤون صحة البيئة بالنسبة «للفلاحين»[*9] من السكان. ولكن اكتشاف هذه الكيماويات هي وقواقع العوائل الوسيطة، جعل الطريق مفتوحا أمام تكنولوجيا الطب الغربي. فالمرض يمكن استئصاله بقتل القواقع أو قتل الديدان البالغة. كما يمكن السماح «للفلاحين» بأن يواصلوا ممارسة أساليبهم التي تكرست عبر الزمان. وهكذا فإن التحكم في البلهارسيا لا يتطلب أي إجراءات اجتماعية.

كان أ. س. تشاندلر قد اكتشف لأول مرة فاعلية كبريتات النحاس في إبادة القواقع، وهو يعمل في منطقة رائعة الجمال هي وادي ويلا ميت في أوريجون، وهو بعيد عن كل مشاكل مصر بقدر ما يمكن للمرء أن يتخيله. وقد لاحظ في أثناء عمله ما لهذه المادة من خواص جاذبة للنظر. فهي توفر لنا، أو يبدو أنها توفر لنا، طريقة لمحاربة المرض دون أن يتضمن ذلك المريض بأي سبيل. فهي وسيلة جذابة بالنسبة للعالم والسياسي. فالعالم يستطيع الآن أن يتعامل مع تركيزات مختلفة من مادة كيميائية بدلا من محاولة فهم طريقة حياة المزارعين الأميين؛ والسياسي يستطيع أن يتجاهل أحد الآراء المؤلمة التي لها تفجراتها السياسية، وهو الرأي بالعمل على الارتقاء بحياة الجماهير وتغييرها. ليختار بدلا من ذلك مادة كيميائية

بسيطة تقتل القواقع. ويكتب تشاندلر، «هناك حقيقة، وهي أن التحكم في أمراض العدوى بالديدان الطفيلية المفلطحة يحتمل أن يتم بالهجوم على العائل الوسيط، بدلا من أن نعتمد على أن نفرض بالقوة تنفيذ لوائح الصحة البيئية. وعلى الرغم من أن هذه الأمراض تعد نسبيا غير قابلة للشفاء، إلا أن هذه الحقيقة التي سلف ذكرها تجعل الاستئصال النهائي للعدوى بهذه الأمراض، أمرا له توقعات أكثر إشراقا من أي حالة من الحالات الكثيرة الأخرى للديدان الطفيلية». إلا أن تشاندلر كان مخطئا في أحد الجوانب، فهو عندما كتب هذه الكلمات لم تكن البلهارسيا مما يعد بعد من الأمراض التي لاتقبل الشفاء. ففي 1918 أعلن الدكتور ج. ب. كريستوفر سون في السودان أن استخدام وزن ثلاثين قمحة(*10) من الطرطير المقيئ تعطى للمريض على فترة من خمسة عشر إلى ثلاثين يوما، فيه شفاء أكيد من الإصابة بالبلهارسيا.

على أن أيا من هاتين المادتين الكيماويتين لم تستخدم أصلا ضد المرض، عند السكان الأفريقيين في جنوب أفريقيا ولا في روديسيا الجنوبية. ولم يتخذ أي إجراء ضد البلهارسيا إلا عندما وجد أن قطاعات من السكان البيض مصابون بالمرض. فبحلول منتصف العشرينيات وجد أن أطفال المزارعين البوير الفقراء في الترانسفال مصابون بالبلهارسيا، وهم بذلك يمثلون الأوروبيين الوحيدين في أفريقيا الذين تهددهم هذا المرض على نحو خطير. وكان هناك استجابة في التو، فابتداء من 1927 كان تلاميذ المدارس الأفريكان(*11) يجمعون معا في «مخيمات صيفية» في مواقع شتى، عبر كل مقاطعة الترانسفال ويعطون العلاج القياسي من الطرطير المقيئ محقونا في الوريد. وبحلول 1929 تشكلت لجنة البلهارسيا للترانسفال للإشراف على البرنامج وإنشاء برامج تعليمية وبرامج دعائية. ووضعت لافتات بالإنجليزية والأفريكانية عند برك الاستحمام تحذر الأطفال من الخطر الموجود في المياه. وعندما أخذ الحماس لمخيمات العلاج يقل بحلول 1932، قررت اللجنة الضغط من أجل إنشاء حمامات سباحة خالية من البلهارسيا في مدارس أطفال مزارع البيض، حيث يمكن أيضا استخدام المياه للري. وعلى الرغم مما حدث في الترانسفال، من محاولة قصيرة فاشلة لفتح مخيم مماثل للأطفال الأفريقيين، إلا أن الناتال - التي كان

المزارعون البيض فيها أكثر ثراء من أقرانهم في الترانسفال، وكانت الإصابة بالبلهارسيا فيها تقتصر على السكان الأفريقيين ـ لم تحدث فيها أي محاولة لتقليد المثل الترانسفالي. فالبلهارسيا تتعرض فقط للهجوم عندما تصيب السكان البيض بعدواها.

وإذا كان أهل جنوب أفريقيا في العشرينيات والثلاثينيات من هذا القرن، غير راغبين في إنفاق المال على استخدام الكيماويات في علاج وتوقي البلهارسيا بين السكان السود، فإنهم بكل تأكيد لم يكونوا أيضا مستعدين لمهاجمة الأسباب الجذرية لهذا المرض وغيره من الأمراض. ولكن ومرة ثانية، كان هناك مجموعة مختلفة من القواعد يجري تنفيذها بالنسبة للمجتمع الأبيض. ففي 1924 تم انتخاب حكومة الجنرال هرتزوج من حزب العمل القومي، وذلك على أساس برنامج من تفوق العرق الأبيض وعزل العرق الأسود، وبالنسبة لأعضاء هذه الحكومة كان وجود أناس فقراء بيض، من نفس أهلهم وعشيرتهم، قد أصابهم المرض يعد أمرا يستدعي اهتماما عاجلا. وهكذا فإن حكومة الاتحاد هي والكنيسة الهولندية الإصلاحية طلبتا العون في 1927، من مؤسسة كارنيجي لإجراء أبحاث عن أمراض «فقراء البيض». وكتبت لجنة كارنيجي تقريرها في 1932 الذي رسمت فيه صورة «لأجراء» الريف الذين لا يملكون أرضا، وفقراء المستوطنين الذين يحوزون مساحات صغيرة من الأرض، والعمال غير المهرة، وبعض الرواد الرحل. وهؤلاء يكونون عادة من أصول هولندية ـ ألمانية، وعلى حظ ضئيل من التعليم إن لم يكونوا أميين، ولا يتحدثون إلا لغة الأفريكان، وقد أوهنهم المرض، فيظلون بحالتهم هذه معزولين عن التيار الرئيسي للتقدم الأوروبي، وعاجزين نفسيا عن التكيف مع الظروف الحديثة».

وسجل التقرير أن البلهارسيا ـ «أو مرض البول الأحمر للإنسان» كما تسمى محليا ـ هي مشكلة كبرى بين أطفال البيض الفقراء. ويذكر التقرير أنه «لا ينتابنا أدنى تردد في أن نصرح بأنه فيما يختص «بالبول الأحمر» كمرض في المدارس له القدرة على إضعاف المريض، فإن هذا المرض يبلغ مرتبة لا تقل إلا قليلا عن العدوى

بالدودة الخطافية[*12] والملاريا. على أن الحل الذي أوصى به التقرير لهذه المشاكل الصحية لم يكن باستخدام مبيدات الحشرات أو مبيدات

الرخويات أو الطرطير المقيئ. فالتقرير يستنتج أن «الفقر والتغذية غير الكافية لهما عموما تأثير ضار أكثر من الملاريا أو أي أمراض أخرى». فالسبب الجذري لكل المشكلات الأخرى هو النظام الاقتصادي وليس المرض. فهذا النظام يخلق الفقر والجهل بين البيض الفقراء، وهذان بدورهما يؤديان إلى سوء التغذية وضعف مقاومة المرض. وعلى الرغم من أن أطفال البيض الفقراء كانوا يعالجون بالطرطير المقيئ، فإن حكومة جنوب أفريقيا قد نُبهت إلى أن المشاكل الجذرية هي مشاكل اقتصادية. وللمرة الأولى والوحيدة شرعت إحدى الحكومات في التخلص من المشكلة الصحية للبلهارسيا باستخدام وسائل اقتصادية واجتماعية. ولكن المرضى كانوا للمرة الأولى والوحيدة مرضى من البيض، وليسوا من السود.

الأمريكيـــون

قبل نشوب الحرب العالمية الثانية، لم يكن هناك أحد خارج مصر وجنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية، يضع البلهارسيا ضمن قائمة الأمراض الرئيسية للمناطق الحارة، وذلك فيما عدا قلة معدودة. ولكن الوضع مع نهاية الحرب صعد إلى المرتبة السادسة في العالم، وسرعان ما زاد صعوده بعدها ليتخذ موقعه بعد الملاريا مباشرة. وليس السبب في ارتفاع مرتبة هذا المرض هو زيادة الاهتمام بصحة العالم الثالث، كما لم يكن سبب ذلك هو التأثير العام للمرض في جيوش الحلفاء في الحرب. والحقيقة أنه لم تسجل سوى اثنتين وأربعين حالة من المرضى بين القوات البريطانية وقوات الكومنولث التي حاربت في شمال أفريقيا وفي الشرق الأوسط، وبذلك فإن التاريخ الطبي البريطاني للحرب صرف النظر عن هذا المرض ، ليذكر في مقولة عارضة أنه «باستخدام الإجراءات الوقائية البسيطة التي تتأسس على المعرفة المكتسبة أثناء حرب 14 ـ 1918، لم يتكرر نشوب المرض كما حدث وقتذاك في مصر». واتخذ المؤرخون الأستراليون موقفا مماثلا. وسجل الجيش الأمريكي من الناحية الأخرى، ما يزيد على 2500 حالة من العدوى بالشيستوزوما، ولكن هذا الرقم لا يعد سوى قطرة فحسب عند مقارنته بمن أصيبوا بالملاريا والأمراض التناسلية، ناهيك عن إصابات القتال التي عاناها الأمريكيون أثناء حربهم الدامية مع اليابان. إلا أن حملة واحدة

لعبت دورا رئيسيا في أن تأتي بالإصابة بعدوى الشيستوزوما إلى خط المقدمة من أمراض المناطق الحارة: وهي حملة ليت في 1944.

قرر الأمريكيون في أغسطس 1944 أن يتجاوزوا غزو ميندناناو(*13) الذي كان مخططا من قبل، وأن يقفزوا مباشرة إلى شمال ليت، وهي جزيرة كان مرض البلهارسيا متوطنا فيها. وحدث الإبرار يوم 20 أكتوبر، وبحلول يوم عيد الميلاد كانت الحملة قد انتهت بالفعل. شارك في العملية أفراد يبلغ عددهم 257766، وتكبد جيش الولايات المتحدة إصابة 15584 فردا منهم، مع عدد من القتلى وصل إلى 3508 أفراد. وفجأة ظهرت البلهارسيا في ديسمبر بين أفراد القوات الأمريكية الذين أدخلوا إلى المستشفى الميداني رقم 118؛ وظهرت ثمانون حالة في ديسمبر، ثم 155 حالة في يناير. ومع نهاية ذلك الشهر أبلغ معاون المستشفى بأن «الموقف فيما يتعلق بالقوى البشرية قد أصبح حرجا. وقد تم تشخيص عدد من حالات العدوى بالشيستوزوما». وبحلول مايو 1945 كان العدد الكلي للحالات في الجزيرة قد ارتفع إلى ما يزيد على الألف.

وفي خوف من أن يتصاعد الأمر إلى وباء كامل المدى، اتخذت الإجراءات لعملية عسكرية كبيرة ضد العدوى بالشيستوزوما. وبدأ تنفيذ برنامج تعليمي واسع بالملصقات وصور الكارتون والمعامل المتحركة لتقديم عروض عملية عن المرض. وفي فبراير ألحقت على المستشفى 118 الميداني، الوحدة الخامسة لأبحاث مسح الملاريا وكذلك وحدة للأبحاث الطبية، وذلك لدراسة جوانب المرض المختلفة؛ وفي أبريل عين مجلس علم الأوبئة في الجيش بواشنطن لجنة فرعية للعدوى بالشيستوزوما، ووصلت اللجنة إلى الجزيرة لدراسة المشكلة، ثم وصل إلى الجزيرة بعد ذلك بشهر فريق من ثلاثة أفراد من وحدة الأبحاث البحرية وفي ذهنهم نفس الأهداف. كان الرجال الذين يشكلون أفراد هذه الوحدات المختلفة هم ف. بانج، و ن. هيرستون و أ. جراهام، و م. فرجسون، و إ.فاوست، و و. هـ. رايت، و د. ب ماك مولن، و ج. و. هنتر الثالث، وهؤلاء هم الذين وضعوا مرض العدوى بالشيستوزوما على الخريطة الأكاديمية للولايات المتحدة بعد الحرب، وذلك بأن نشروا ما اكتشفوه زمن الحرب في مجلة «أميريكان چورنال أوف هيچين» (المجلة الأمريكية لعلم الصحة)، و «أميريكان چورنال أوف تروپيكال مديسين» (المجلة

الأمريكية لطب المناطق الحارة). ظهرت هذه التقارير في وقت جد مبشر بتنامي الفرص بالنسبة للمستقبل المهني لطب المناطق الحارة في الولايات المتحدة، ذلك أنه مع نهاية الحرب كان أفراد مجتمع طب المناطق الحارة في الولايات المتحدة ، يبذلون أقصى الجهد بحثا عن السبل التي تمنع عودة «الأيام القديمة السيئة».

في تلك الأيام التعسة من عشرينيات وثلاثينيات القرن العشرين، كانت الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة بعد بدايتها بداية مزدهرة، قد ضمت إلى مجموعة هامشية هي الرابطة الطبية الجنوبية. تأسست الجمعية في 1903، وبحلول الحرب العالمية الأولى رسخت قدميها ككيان مهني ناجح وإن كان صغيرا، وكانت تضم بين أعضائها كل الشخصيات البارزة في هذا العلم. على أنه حدث خلال العقد التالي، مع انخفاض توهج الإمبراطورية، وانتهاء الحرب، ثم أخيرا مع أزمة الكساد، حدث أن قل فيما يبدو الاهتمام بهذا الموضوع، وأصبح لا يوجد له أي دعم مالي. وفي 1934 حاول الزعماء في هذا المجال مقاومة هذا الاتجاه المزعج، فشكلوا الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة، وكان دورها لا يقتصر فحسب على تعليم الجمهور الأمريكي، والعمل على زيادة المعرفة وأن تكون الأكاديمية مصدرا عاما للخبرة، وإنما كان دورها الأكثر أهمية هو أن تتلقى وتدير اعتمادات تمويل الأبحاث. وأنشأت الأكاديمية بدورها المؤسسة الأمريكية لطب المناطق الحارة لتقوم على وجه الخصوص باجتذاب هذه الاعتمادات.

عقد في 1935 اجتماع مشترك بين الجمعية الأمريكية والأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة في سانت لويس، وهو اجتماع وصفه أحد المتحمسين بأنه يمثل «إحدى اللحظات العظيمة في تطور طب المناطق الحارة بالولايات المتحدة»، وأعقب هذا الاجتماع تكوين المؤسسة رسميا. ورأس المؤسسة پيري بيرجس، رئيس صندوق وود التذكاري (صندوق تمويل موجه للجذام في الفيليبين)، وكان من أعضائها رؤساء جامعات چونز هوپكنز وكولومبيا وكاليفورنيا، وكذلك كبار التنفيذيين للأعمال المالية في شركة مطاط فايرستون وشركة الفاكهة المتحدة، وعقدت المؤسسة أول اجتماع لها في أبريل 1936، حيث ناقش الأعضاء «تحقيق تخطيط دقيق لطب المناطق الحارة». وحتى يجتذبوا التمويل الضروري اتفقوا على أن من الضروري

أولا أن يعرفوا من أعضاء الأكاديمية ما هو المطلوب على وجه التحديد. إلا أنه ثبت أن هذه المهمة البسيطة هي مشكلة. وكما ذكر الأعضاء في أول تقرير لهم عن تقدم العمل، فإن «مشاريع الأبحاث التي قدمها أعضاء الأكاديمية تتسم في معظمها بأنها جد غامضة»، وهي «لا تبدو محددة بالدرجة الكافية لأن تبرر استخدامها بهدف جمع اعتمادات مالية». ويواصل التقرير القول بأسلوبه جد المباشر، فيذكر أنه بالإضافة لذلك لم يقدَّم سوى عدد جد قليل من خطط الأبحاث، بحيث إنه «ربما كان الأمر أنه لا توجد حاجة حقيقية لدى الباحثين الأمريكيين لدعم أبحاث طب المناطق الحارة، وإن كانوا قد جرونا للاقتناع بوجود مثل هذه الحاجة». وتم في 1939 التعبير عن حال مماثل من عدم الرضا؛ فيذكر أعضاء المؤسسة أنهم يريدون أن يعرفوا من أعضاء الأكاديمية «أي برنامج يوجد في تفكيركم، ماذا ستكون سياسة عملكم، ماذا ستكون خططكم وما هي احتمالات جعل المؤسسة تواصل الاهتمام بالأمر». كان من الواضح أن طب المناطق الحارة في الولايات المتحدة لا يسعد وقتها بسنوات ناجحة.

ومع ذلك ذكر سكرتير المؤسسة في تقريره السنوي عن ذلك العام، «أن الوقت مناسب بصورة متميزة لبذل مجهود رئيسي في مجال طب المناطق الحارة في النصف الغربي للكرة الأرضية». ولم يكن الحافز على ذلك هو الحرب التالي كانت قد بدأت بالفعل في أوروبا الغربية، وإنما كان الحافز هو سياسة «الجار الطيب في الصفقه الجديدة»[*14] لفرانكلين روزفلت. وحتى تزيد الولايات المتحدة في 1938 من علاقاتها الثقافية والتعليمية مع الجمهوريات الأمريكية الأخرى في الجنوب، حسب ما تتطلبه هذه السياسة الجديدة، شكلت الولايات المتحدة قسما للعلاقات الثقافية. وكنتيجة لذلك، أوصى سكرتير المؤسسة بأن تكرس المؤسسة أنشطتها للمساعدة في تعليم طب المناطق الحارة، وإجراء أبحاثه في هذه الجمهوريات. ويجب إعطاء منح للمدارس الطبية في الولايات المتحدة لإنشاء دراسات عليا في طب المناطق الحارة تماثل تلك التي في لندن، ويجب تأسيس دراسات زمالة لأفراد من كل جمهورية من الجمهوريات الأمريكية للدراسة في الولايات المتحدة. ومما لا يثير الدهشة أن مجلس الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة قد وافق بالإجماع على توصيات السكرتير، وعبرت الجمعية الأمريكية

لطب المناطق الحارة عن «اهتمامها المتعاطف بنشاط الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة، في زيادة التعاون بين بلاد الأمريكتين في مجالات طب المناطق الحارة وعلم الطفيليات». وبحلول 1940 كان قد تم عمل ثماني منح زمالة في طب المناطق الحارة، كل منها بمبلغ 1000 دولار لمواطنين من أمريكا اللاتينية لحضور منهج للدراسات العليا في طب المناطق الحارة لمدة ستة شهور في تولين، وإن كانت المؤسسة بعد ذلك بسنتين قد عجزت ماليا عن مواصلة هذه المنح. على أنه كان قد نشأ وقتذاك موقف جديد أتاح مجالا أوسع كثيرا من مجال تلك الجمهوريات الجنوبية التي غلبها الفقر: فالأمريكيون قد دخلوا الحرب العالمية الثانية.

وهكذا فإن دكتور توماس ماكي رئيس الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة، يعلن في خطابه الرئاسي في أبريل 1941 قبل پيرل هاربر(*15) بثمانية أشهر وإعلان ألمانيا للحرب، أن «الحرب قد وضعت جمعيتنا في مركز له أهميته الحقيقية». ذلك أنه مع الحرب زاد أخذ وضع علم طب المناطق الحارة يزداد رفعة، وقفزت أرقام العضوية في الجمعية من 546 عضوا في 1941 إلى 674 في 1942 و 901 في 1943 و 1213 في 1944. وعمل الأعضاء وقتذاك في لجان المجلس القومي للبحوث وإدارة الصحة العامة، كما كان من أهم ما يقومون به إعطاء المشورة لمكتب كبير الأطباء بشأن العلاج والتحكم في أمراض المناطق الحارة التي يمكن أن تتعرض لها قوات الولايات المتحدة. وبالإضافة إلى ذلك فقد حل مكان قسم العلاقات الثقافية مكتب لتنسيق شؤون الأمريكتين، يتوجه بعمله إلى النواحي الثقافية والتجارية لشؤون الدفاع الأمريكية. وكان لشؤون الصحة والصحة البيئية مكانها المهم في سياسة العمل هذه، وبلغ من أهمية ذلك أن تشكلت في 1942 هيئة فرعية هي معهد شؤون الأمريكتين، للعمل على تحسين الظروف الصحية في المناطق الاستراتيجية وللبرهنة من خلال الصحة على «الفوائد الملموسة للديمقراطية»، بحيث يتم التخلص من «أحد المجالات الخصبة للدعاية النازية»(*16).

أتت الحرب معها بالأموال وزادت من عدد الأعضاء ودعمت من مركز طب المناطق الحارة. ولكن هل ستظل الأمور على هذا الحال، أو أن هذه ستكون نعما زائلة تختفي بمجرد أن تعود الأحداث إلى الوضع الطبيعي؟

وبالتالي، فقد أنشئت في وقت مبكر هو عام 1942، لجنة لمشاكل الحرب وما بعد الحرب، من أجل دعم البحث والتعليم في طب المناطق الحارة بعد الحرب، وفي 1945 قدمت الجمعية قراراتها إلى الرئيس ترومان والتي تعبر فيها عن القلق، «خشية أن يترك طب المناطق الحارة ليتدهور إلى المستوى الذي كان عليه قبل الحرب». وذكّروا الرئيس أنه حاليا فإن التدريب والبحث «لا يفيان بالغرض إلى حد يثير الأسى»، ولهذا السبب فإن جيش وأسطول الولايات المتحدة كان عليهما أن ينشئا برامج تعليمية عاجلة عند بدء الحرب. وهم يستنتجون من ذلك «أننا بالتالي نوصي بتنمية هذا الوجه المهم من الطب الأمريكي تنمية مباشرة ونشطة».

وورد في تقرير 1944 للجنة مشاكل الحرب وما بعد الحرب قائمة من سبعة أمراض للمناطق الحارة على أنها أمراض لها أهميتها بالنسبة للمستقبل وهي: الملاريا، والعدوى بالأميبا، والعدوى بالفلاريا(*17)، والدودة الخطافية، والعدوى باللشمانيا(*18)، والعدوى بالبلهارسيا، والعدوى بالاكينوكوكّس(*19). ولهذه القائمة أهمية كبرى في قصة العدوى بالشيستوزوما، فلأول مرة يحسب هذا المرض على أنه أحد المشاكل الصحية الكبرى في العالم. ثم حدث بعد ذلك بخمسة شهور أن تفجرت مشكلة العدوى بالشيستوزوما في ليت. ولم يكن في الإمكان أن يكون وصول حملة ليت في وقت أكثر ملاءمة من ذلك، بالنسبة لممارسي طب المناطق الحارة الذين كانوا ينشدون الإبقاء على مكانتهم تحت الشمس.

سرعان ما تبع ذلك ظهور الاهتمام الأكاديمي بالمرض. فظهرت مقالات الفيليبين بين 1946 و 1948 وكان معظمها في مجلة «أميريكان چورنال أوف هيچين» (المجلة الأمريكية لعلم الصحة) التي تنشرها جامعة چونز هوپكنز، في حين حدث في نفس الفترة أن أخذت مجلة «أميريكان چورنال أوف پاراسيتولوچي» (المجلة الأمريكية لعلم الطفيليات)، تتضمن في أعدادها عددا متزايدا من المقالات عن هذا المرض. وكان نورمان ستول يرأس الجمعية الأمريكية لعلم الطفيليات، وهي جمعية لها صلات قوية جدا بطب المناطق الحارة، وفي 1947 نشر ستول ورقة بحثه الشهيرة «هذا العالم المليء بالحدود»، ويقدر فيها أن 114 مليون شخص مصابون بالعدوى من الأنواع الثلاثة للشيستوزوما البشرية. وشغلت البلهارسيا موقعا مهما في اجتماع 1950

للجمعية الأمريكية لطلب المناطق الحارة، حيث زعم رئيسها وهو و. هـ. وايت، أن البلهارسيا «أهم مرض من أمراض المناطق الحارة في العالم الآن».

وحتى يتم تبرير إنفاق المال على أمراض المناطق الحارة، استخدمت عمومات حجج اقتصادية: فحتى نتمكن من تنمية المناطق المتخلفة في العالم لتدعم التجارة العالمية وتوفر الأسواق لاقتصاد الولايات المتحدة، فإننا نحتاج قبلها إلى استئصال طفيليات المناطق الحارة أو التحكم فيها. ويذكر و. هـ. رايت في 1950 أننا بتحسين الصحة في هذه المناطق «يمكننا أن نتوقع تحسن الاقتصاد، وزيادة الإنتاج، وتوسع التجارة مع هذه البلاد الغنية بالمواد الخام. وهي مواد تنقص بلادنا وتحتاج إليها احتياجا شديدا». ولقيت مجهوداتهم لجمع المال وقتذاك بعض النجاح. وكمثل، فإنه في 1944 حصلت المؤسسة الأمريكية لطب المناطق الحارة على 75 ألف دولار لاستخدامها في التعليم والأبحاث، ذهب منها 15 ألف دولار إلى تولين، وأعطت شركة مطاط فايرستون هبة من 25 ألف دولار لإجراء أبحاث على العدوى بالتريپانوسوما في ليبيريا. وأكد أعضاء الجمعية أيضا على ما تفرضه أمراض المناطق الحارة من تهديد للولايات المتحدة نفسها. وحذروا بخاصة من خطر أن تقوم القوات العائدة بإدخال أمراض المناطق الحارة إلى البلاد، ومن أن الأطباء الأمريكيين لم يحسن إعدادهم للتعامل مع هذه الأمراض. وبدت البلهارسيا جد مهمة في هذه المناقشات. وفي 1944 يذكر أندرو وارين، رئيس لجنة الحرب وما بعد الحرب أنه «ليس من غير المعقول أن نتوقع أن حالات العدوى بالشيستوزوما مانسوناي[*20] قد تصل إلى أن تجرى لها عمليات جراحية للسرطان أو البواسير، وأن حالات الشيستوزوما هيماتوبيوم تجرى لها عمليات جراحية لإزالة الكلى[*21]. وفي 1946 أصبح من البنود التي لها أولويتها إجراء أبحاث مسح للقواقع التي يمكن أن تعول اليرقات في أمريكا الشمالية، وذلك بعد أن وجد أن القليل من أفراد نوع من القواقع «تروبيكوربيس هافا نيسيس»، التي أخذت من بركة في حرم جامعة ولاية لويزيانا في باتون روج، وجد أنها تطلق السركاريا بعد تعرضها للعدوى بالميراسيديوم من نوع شيستوزوما مانسوناي.

الاستنتاج

إذا اعتبرنا أن قصة البلهارسيا قصة نمطية بالنسبة لغيرها من «أمراض الأهالي» فإنه يترتب على ذلك أن سياسات العمل الطبية عند البريطانيين والمستوطنين البريطانيين وبيض جنوب أفريقيا والأمريكيين، كانت سياسات لا تهتم قط أي اهتمام بصحة «الأهالي» إذا كانت أسباب هذا الاهتمام لا تخدم في نفس الوقت مصالحهم الخاصة. وقبل الحرب العالمية الثانية، فإنه حتى يتم اتخاذ إجراء بشأن «أمراض الأهالي» التي تصيب أفرادهم، كان الأمر يحتاج أولا إلى أن تهدد هذه الأمراض ـ أو إلى أن يبدو أنها تهدد ـ الصحة، أو الازدهار الاقتصادي لدى الأوروبيين من قوات الجيش أو المستوطنين. وبالمثل فإنه بعد الحرب العالمية الثانية كان «اكتشاف الأمريكيين للبلهارسيا لا يعكس فحسب تزايد الاهتمام بأمراض المناطق الحارة كما حفزت عليه الاعتبارات الاستراتيجية والتجارة في المناطق الحارة من أمريكا، وإنما كان يعكس أيضا الاهتمام بأن هذه الأمراض تشكل تهديدا صحيا للولايات المتحدة. ولكن لعل ما يعلو فوق كل شيء أن الاهتمام الزائد بأمراض المناطق الحارة بعد الحرب قد نشأ عن أنشطة قامت بها جماعات ضغط أكاديمية. وفي التحليل النهائي فإن أعظم رعاة هذا النشاط المتزايد كانوا من الأمريكيين والبريطانيين العاملين بالأبحاث، أي أنهم خبراء توفر لهم دراسة أمراض المناطق الحارة فرص مستقبل مهني لم تكن مما يُحلم به في السنوات المبكرة. ودلالات ذلك عميقة: أصبحت البلهارسيا مرضا آخر من الأمراض التي أدمجت في الطب الغربي، ليجرى عليها البحث على نحو علمي في معامل أمريكا الشمالية وأوروبا، وليتم التحكم فيها بإدخال التحسينات على الكيماويات التي تبيد الرخويات وعلى العلاج الكيميائي. وفي نفس الوقت نجد أن المشاكل جد الحقيقية من الفقر وسوء التغذية، التي ترتبط بها البلهارسيا ارتباطا وثيقا هي ومعظم أمراض المناطق الحارة الأخرى، قد أصبحت أساسا مشاكل موؤودة.

2

المجانين الأوروبيون في الهند البريطانية (١٨٠٠ ـ ١٨٥٨) دراسة حالة الطب النفسي والحكم الاستعماري

والترود إرنست

نشأة مصحة المجانين الأوروبية

يرجع تاريخ الجهود الأوروبية لإنشاء مؤسسات الطب النفسي في الهند إلى القرن الثامن عشر. وقد تم لأول مرة توفير ما يلزم لاحتجاز المرضى العقليين في كلكتا في وقت ما قبل سنة 1787. وفي 1794 افتتحت «مصحة المجانين بمدراس»، حتى توفر «الأمان ضد ارتكاب تلك الأعمال من العنف التي كثيرا ما يقترفها مجانين ليس لديهم أي تحكم». وبحلول أواخر الخمسينيات من القرن التاسع عشر تزايد إلى حد كبير عدد المنشآت المخصصة للمرضى العقليين والتي يطلق عليها اسم «مصحات المجانين» أو «مستشفيات المجاذيب». وأصبح في إمكان المدن الرئيسية، مثل كلكتا وبومباي، ومدراس، أن تباهي بأن كلا منها تمتلك

لنفسها «مصحة المجانين الأوروبيين»؛ كما تم إنشاء حوالي عشرين «مصحة للمجانين من الأهالي» في مدن إقليمية. أما في المراكز الصغيرة فكان يتم احتجاز المرضى العقليين، في مختلف السجون أو المستشفيات المحلية. وفي تباين مع ما سبق ذلك من العقود، فإنه بحلول خمسينيات القرن التاسع عشر لم يعد المرضى الأوروبيون في المدن الرئيسية، يرسلون إلى تلك المؤسسات الأهلية التي تتخصص فيما كان يشتهر في بريطانيا، على أنه «حرفة مختصة بالجنون». وبدلا من ذلك أصبحت مصحات المجانين الأوروبيين بالتدريج مؤسسات عامة ذات تخصص، ويشرف عليها أطباء أوروبيون، وتمتلكها وتمولها وتديرها السلطات الحكومية في كلكتا ومدراس وبومباي.

واكب التوسع المتزايد في منشآت الطب النفسي الأوروبية في الهند، زيادة مطردة في عدد المرضى الذين يعالجون لمرضهم عقليا. وكان متوسط عدد المرضى الذين احتجزوا في العنابر الأوروبية في المؤسسات الثلاث الرئيسية، في كلكتا ومدراس وبومباي حوالي الخمسين في 1820: وبحلول خمسينيات القرن أصبح العدد هو الضعف تقريبا. ولكن على الرغم مما يبدو من أن عدد المصحات، للهنود والأوروبيين، هو وعدد النزلاء في هذه المصحات، قد زادا على مر العقود من السنين، إلا أنه يجب أن نؤكد أن هذا الاتجاه لا يمثل وضعا من «الحبس المهول»، يمكن مقارنته بما زعم فوكو[*1] أنه قد حدث في أوروبا في ذلك الوقت. فأولا، نجد أن عدد عشرين أو ما يقرب من دور المصحات في كل منطقة الهند الهائلة وسكانها الهائلي العدد، يعد رقما صغيرا عندما يوضع إزاء ما يقدر من وجود تسعين مؤسسة للطب النفسي، في الجزر البريطانية في خمسينيات القرن التاسع عشر. وثانيا، فإن عدد نزلاء المصحات في الهند البريطانية ليس سوى قطرة عند مقارنته بالعدد الكلي للسكان في ذلك الوقت، وهو عدد يتباين إلى حد ملحوظ مع النسبة المئوية جد العالية للأفراد الذين تم إدخالهم في المصحات، في بريطانيا في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل العشرين. بل إن عمارة المصحات في الهند البريطانية فيها شهادة صامتة بالضآلة النسبية لشأن

(*1) ميشيل فوكو فيلسوف فرنسي معاصر، له نظرية بأن الكثير من المجانين ليسوا مرضى، وإنما يضطهدهم المجتمع لخروجهم عليه ـ (المترجم).

الاحتجاز هناك للعلاج النفسي. وكانت المستشفيات العامة الجديدة في المدن الرئيسية، تبنى حسب النمط الكلاسيكي للمعابد، وهو نمط كان وقتها ينال إعجابا كثيرا، أما المصحات العقلية فكانت على خلاف ذلك تشبه بقدر أكثر تصميم ثكنات الجيش الأقل في صورتها. ولم يكن من الممكن سواء إحصائيا أو من حيث التمثل البصري والرمزي لهذه المصحات، أن تستثار منها أي رؤية من الرؤى البنتامية(*2) لمحابس المجانين الأوروبية، التي يمكن فيها مراقبة كل النزلاء من مكان واحد.

ومن حيث الروتين اليومي للنزلاء نجد أيضا أن المصحة الأوروبية للمجانين لم تكن كذلك «بالمعهد الشامل». وبينما كان علاج المرضى يتباين إلى حد له اعتباره حسب أفكار وميول مدير الصحة وطبقة المرضى الاجتماعية، كان النزلاء الأوروبيون عموما يتمتعون ببعض الحرية في الحركة داخل عنابرهم، وفي العثور على وسائل التسلية بقراءة الكتب والصحف أو لعب الورق، وفي التجوال على الشاطئ في بومباي أو التمشي في الحديقة في كلكتا. ويقر الجميع بأن المرضى في بومباي وكلكتا كانوا يستمتعون ببيئة صحية أكثر من المرضى في مدراس، فكانوا يسكنون في مبان أقل تهدما. ولكن حتى في مدراس حيث كان الأوروبيون ما زالوا يدخلون إلى المصحة المهملة وقتها في حوالي أربعينيات القرن التاسع عشر، إلا أنهم كان يمكنهم الاستمتاع بقدر له اعتباره من التسلية، وكانت حدود المكان تسمح بحرية اتصال أكبر بين النزلاء من شتى الخلفيات الثقافية.

ثمة عامل آخر أسهم في الإقلال من سمة القيد في الاحتجاز للعلاج النفسي في مستعمرة الهند، وهو حقيقة أن الطب النفسي لم يكن قد انفصل بعد عن الطب العام. وكان الطبيب المسؤول عن المصحة في المدن الرئيسية له أيضا مسؤوليات إضافية مختلفة، كأن يكون الجراح المدني، والمشرف على المستوصفات المحلية ومستشفيات السجون، وكثيرا ما كان لديه ممارساته الواسعة كطبيب يعمل لحسابه الخاص. وبصرف النظر عما كان يترتب على ذلك من توزيع وقته واهتماماته، فإن وظيفته كمشرف على الصحة كان ينظر إليها على أنها أقل إلحاحا وأهمية، من علاجه

(*2) «البنتامية»: نسبة إلى جيريمي بنتام (1748 ـ 1832)، وهو فيلسوف إنجليزي صاحب مذهب يؤمن

للحميات والكوليرا وغير ذلك من الأمراض واسعة الانتشار، وأدى ما كان يوجد في الهند من تهديد دائم بالمرض إلى أن يسهم في ارتفاع الوضع الاجتماعي للأطباء في الهند ارتفاعا متزايدا. على أن خدمات الأطباء كانت تقدر أقصى التقدير بالنسبة لعلاج تلك الأمراض الأكثر انتشارا، وليس بالنسبة لحالات الأمراض العقلية الأقل وقوعا. وهناك تقرير للجنة الملكية عن الحالة الصحية للجيش في الهند في 1863، يكشف عن أن الأسباب الرئيسية للموت بين الجنود البريطانيين في الهند بين 1830 و 1846، هي الزحار (الدوسنتاريا) والإسهال (32 في المائة)، و «الحميات» (23 في المائة)، وأمراض الكبد (عشرة في المائة)، والكوليرا (عشرة في المائة). وبالتالي فإن هذه الأمراض كانت تشكل العدو الرئيسي للجيش: وكان ستة في المائة فقط من الجنود الأوروبيين يقتلون في المعارك أو يموتون من جراحهم، بينما يموت 82 في المائة بالمرض، وذلك خلال عشرين عاما من الخدمة في الهند. وبالمقارنة بذلك كان معدل «الجنون» كسبب للموت يعد أمرا تافها. فهو لا يصل إلا لكسر من الواحد في المائة.

وبسبب ما كان من الضآلة النسبية لشأن الاحتجاز للعلاج النفسي في الهند البريطانية (من حيث صغر عدد المصابين ووجود أولويات طبية أكثر إلحاحا)، فإنه يمكننا الشك في أن يكون لهذا العلاج أي دور في الاحتفاظ «بنظام الأمور» في المستعمرات. وتأثير العلاج النفسي بالاحتجاز داخل المنشآت العلاجية قد تكون له أهميته الكبيرة بالنسبة للفرد موضع الاهتمام، إلا أنه يبدو وكأنه خال من أي تأثير اجتماعي أوسع بين الأغلبية من المستعمِرين والمستعمَرين. والحقيقة أن فعالية هذا العلاج بالاحتجاز كأداة لفرض النظام الاجتماعي ستبدو شأنا تافها لو نظرنا في أمر الطب النفسي على نحو مستقل. على أنه ستنبثق له صورة مختلفة عند وضعه في السياق الأوسع للإدارة الاستعمارية.

النظام الاستعماري

مع بداية القرن التاسع عشر لم يعد الوجود البريطاني في الهند يتأسس على الاهتمام بالتجارة فحسب على وجه الحصر. فقد وقعت أحداث مثل معركة بلاس في 1757، وتسلمت شركة الهند الشرقية الإنجليزية «الديوان»

(الحكومة) في البنجال وبيهار وأوريسا في 1765، وكذلك صدر قانون بت للهند في 1784 وتم تنفيذ إصلاحات إدارية خطيرة، في فترة تولي «كورنوا ليس» وظيفة الحاكم العام (86 ـ 1793)، وكل هذه الأحداث كانت بمنزلة شروط مسبقة حاسمة لإحداث تحول متزايد للشركة، وتعزيز وجودها في الهند على أنها السلطة الحاكمة. ونجد من ناحية أن الشركة جُعلت مسؤولة أمام البرلمان، ومن الناحية الأخرى أخذت الشركة على عاتقها تدريجيا القيام بوظائف الدولة مثل تحصيل الضرائب، والإدارة القضائية والمسؤولية عن رفاه الجمهور. ولم يعد الهنود بعد شركاء في التجارة وإنما أصبحوا رعايا مستعمرة مرغمين على الإقرار بالحكم البريطاني، حتى إن كانت الشركة تسمح ببعض التنازلات الثقافية والإدارية من خلال العمل بسياسة «الحكم غير المباشر». وواكب تطور الشركة من الاستثمار التجاري إلى تنظيم الدولة ظهور الحاجة إلى فرض السلطة الجديدة التي اتخذتها وإضفاء الشرعية عليها.

ثمة عدد من التقارير الانتقادية التي تحلل خواص وأعمال الحكم الاستعماري الذي تم فرضه على شعب الهند. تقارير عن كيف فرضت أفكار «القانون والنظام» على الأوروبيين أنفسهم، وكانت بالمفارقة أمرا نادرا وكثيرا ما كانت ذات طبيعة قصصية أو أدبية أكثر منها تحليلية. على أن الحفاظ على النظام بين القوات الأوروبية، وكذلك أيضا الإبقاء على الأمان العام بين المدنيين الأوروبيين، كانا معا من المشاغل الرئيسية للحكم الاستعماري.

لم يكن الأوروبيون في الهند مجتمعا متجانسا، والأولى أنهم كانوا ينقسمون حسب درجات من الطبقات الاجتماعية والأصول القومية أو أصول منطقتهم، وكان يترأسهم ما عُنْوِن على نحو مناسب بأنه «أرستقراطية الطبقة الوسطى». وهذه النخبة الأوروبية، وإن كان أصلها أساسا من الطبقة الوسطى، إلا أنها قد اتخذت في الهند جوا من الخصوصية الأرستقراطية، محتفظة لنفسها بأسلوب حياة من المباهاة وبأوجه سلوك الطبقة العليا. على أن أغلب الأوروبيين كانوا ينتمون للطبقات الدنيا. وكثيرا ما كانت الصفوة الأوروبية تنظر إلى سلوك هذه الأغلبية على أنه سلوك ذميم. وكان مما يحاج به أن هذا السلوك «المنحط المنحل» ينزع إلى أن «يثير ويزعج

ويربك الأهالي الضعفاء». وليس هذا فحسب، بل إنه أيضا يضر بالحفاظ على الحكم البريطاني للهند. وكان وجود «مشهد» مثل مشهد الأوروبيين المعوزين المهملين الذين يهيمون فيما حولهم في البلد يعد أمرا فيه «إذلال للشخصية البريطانية»، وبالتالي كان يُحث على أن تقوم الحكومة بالترتيبات اللازمة، بحيث يمكن «لزملائنا بالمواطنة» مهما انحط بهم الحال، أن يكفوا عن عرض مثل هذه الرذائل عرضا عاما مهينا يزري هنا بالبلد الذي نشأوا فيه.

وهذا التأكيد الزائد على «تفوق الشخصية الأوروبية» هو وما يزعم من الروح المتنورة للحضارة البريطانية، كانا يعدان كأمرين حيويين لإضفاء الشرعية على الحكم الاستعماري. ومما يشك فيه أن «الأهالي» كانوا يصادقون بلا تحفظ على الصورة الذاتية البريطانية بالتفوق، وما يواكبها من الاعتقاد بأن الإمبراطورية في الهند تعتمد على «هذا الإحساس بتفوق الأوروبيين». وسواء كان هناك أو لم يكن هناك تبادل لهذا الإحساس، فإن الأيديولوجية الاستعمارية للتفوق الأوروبي أسهمت بلا شك في تعزيز الحكم البريطاني على الهنود، وليس هذا فحسب، بل إنها أيضا قد أسهمت في ضبط سلوك الأوروبيين داخل الهند. وبالتالي، فإن القبضة الاستعمارية زادت إحكاما بالنسبة للرعايا المحليين مثلما زادت بالنسبة للطبقات الأوروبية الدنيا.

على هامش المجتمع الأوروبي

حيث إنه لم يكن يوجد في المستعمرات قانون يكافئ «قانون الفقراء الإنجليزي»(*)، فقد جرى ترتيب تنظيمات بديلة شتى لضبط الأمور وتوفير إعانة اجتماعية، لمن يعتبر أنهم من الأوروبيين المنحرفين الجانحين المعوزين. وكان أحد أجزاء «مشكلة» الانضباط هذه يخص الجيش. وأمكن إلى حد ما معالجة ذلك من خلال الإجراءات العسكرية. فكانت الانتهاكات الصغيرة للانضباط العسكري تقابل بعقوبات مثل زيادة التدريبات والحرمان من الإجازات، أما «السلوك جد الشائن وجد المخالف والإهمال في الواجبات بما يضر بحسن الضبط والربط»، فقد كانا مما يتم معاقبته بواسطة

(*3) قانون قديم في إنجلترا لإعانة الفقراء وإعالتهم. (المترجم).

المحاكم العسكرية، وما يترتب على ذلك من الحبس أو الجلد أو الإعدام بالرصاص. ويبدو دائما أن الخط الفاصل بين التأثير الرادع للإجراء الانضباطي وبين استثارة فعل متمرد، أو استثارة الفرار من الخدمة لهو خط رفيع. ويزودنا بالدليل على ذلك ما نجده من الأعداد الكبيرة من حالات الفرار من خدمة جيش الشركة، وكذلك من وحدات الجيش البريطاني المقيمة في الهند. ولعل الهاربين من الخدمة كانوا يُدفعون إلى ذلك جزئيا بالتوق للمغامرة في بلد أجنبي. على أن الطبيعة القاسية لنظم الجيش كانت هي نفسها تسهم في اتخاذهم القرار بالفرار، خاصة عندما يرى الجنود «عددا كبيرا جدا تنفذ فيه عقوبة الجلد»، بحيث يصيبهم ذلك «بكل تبرم من الخدمة العسكرية». كان الجنود السابقون لا يكادون يتركون المحطات العسكرية ليأخذوا في التجوال في البلاد، حتى كان ذلك يجذب انتباه السلطات المدنية ومن يعملون بالسياسة. وبالرغم مما كان يقال من أنه «من السهل في هذه الحالات أن تعطى لها معونة مالية»، إلا أنه كان يشار في الوقت نفسه إلى أن لب المشكلة التي يخلقها تشرد الأوروبيين وعوزهم هو بالأولى «الحط من الشخصية الأوروبية في أعين الأهالي». وتكررت مطالبة الحكومة بإجراء اللازم إزاء مشكلة الجنود السابقين، الذين يهيمون «خلال البلاد كلها كالبؤساء المنبوذين وهم يبحثون عن الطعام والخمر»، «ليقعوا في النهاية ضحايا لإدمان الشراب واليأس والمناخ الحارق».

كان العوز والتشرد ينتشران أيضا بين البحارة، حيث يرتبط الأمر كثيرا بشروط توظيفهم والإجراءات السارية وقتها لتسريحهم من الخدمة. وكانوا مثل الجنود «لا ينالون ممن يخدمونهم إلا أقل قدر من الرعاية». على أن البحارة كانوا ينزعون إلى أن يقصروا تشردهم على المناطق القريبة من الموانئ البحرية. وكان هذا لا يروق للأوروبيين من المستوطنين هناك، فبدأوا في أوائل القرن التاسع عشر ينظمون أنفسهم في جماعات ضغط حضرية، وهيئات لتجميع الأموال حتى يحسّنوا أحوال الحياة في المدن التي يعدونها مدنهم «الخاصة بهم». وهكذا وُسعت الشوارع وأنشئت الحدائق، ورويت المتنزهات ونقلت أماكن الأسواق «الوطنية» المزدحمة إلى أماكن أخرى. وإزاء هذه الخلفية من تحسين للحضر، كان ينظر إلى تشرد الأوروبيين على أنه يضر بكرامة الحكام الأوروبيين، كما أنه أيضا مفسدة لأناقة المدينة

وجمالها. وتم تأسيس ملاجئ ومستشفيات للبحارة مولتها الاكتتابات الخاصة، وهو أمر أوحى به جزئيا اعتبارات مثل ما سبق ذكره. وكمثل، تأسس ملجأ بومباي للبحارة باكتتاب خاص عقب تحطم سفينة غرقت 1836، مما خلف عددا من البحارة بلا موارد ولا بديل لهم إلا الاستجداء في الشوارع، إلى أن يمكنهم العثور على عمل فوق سفينة أخرى. وبدا من الأفضل بالنسبة للأوروبيين المستوطنين أن يجمعوا الأموال لإعانة البحارة بهذا الأسلوب، بدلا من أن يعانوا من بديل ذلك، وهو أن يهيم «البيض الفقراء» العاطلون في المدينة. ويمكننا أن نعد هذا الأسلوب لإنفاق المال فضيلة من الفضائل، عندما نعتبره بمنزلة إسهام خيري لإعانة «الإنسانية المعذبة».

ما هي إذن أهمية مؤسسات الطب النفسي في سياق الانضباط العسكري، ومنع انتهاك النظام العام في المستوطنات المدنية؟

إن فرض الانضباط والاجراءات العسكرية ضد تشرد الأوروبيين من ناحية، واحتجاز «المجانين» الأوروبيين في المصحات من الناحية الأخرى كانا أمرين على علاقة وثيقة فيما بينهما. وفي أحيان كثيرة نجد أن الذين يصنفون كمجانين لديهم تاريخ سابق من محاكمتهم عسكريا، أو سجنهم في سجون مدنية أو عسكرية لارتكابهم للجرائم، أو لتهم من التشرد عقب فرارهم أو تسريحهم من الجيش أو البحرية. ولما كان ينظر إليهم كعنصر فوضوي في المؤسسات الأخرى، فإن نقلهم إلى مصحات المجانين كان في نظر السلطات المدنية والعسكرية الحل الذي يرحب به.

وكمثل، فإن المدفعي ف. هارفي أرسل إلى مصحة المجانين في بومباي بعد أن حدث «فجأة ودون أي إنذار مسبق... أنه وثب فوق أحد الرجال الذين يعهد إليهم بالحراسة»، في دار الإصلاحية التي كان محبوسا فيها. وكان هارفي محكوما عليه أصلا بسنة من السجن لتهمة السكر والعصيان، ولكنه بسبب سلوكه العنيف في السجن، نقل إلى المصحة ثم أعيد إرساله في النهاية إلى إنجلترا. ونقل هارفي من دار الإصلاحية إلى مصحة المجانين لم يكن حالة فريدة. ذلك أننا نجد أن المناطق التي تم ضمها حديثا مثل البنجاب، لم يكن قد بني فيها بعد مؤسسات للعلاج النفسي، وسرعان ما أحست السلطات هناك بأنه «لا يعد من الأمان ولا من الحكمة أن يحتفظ

بمجرمين مجانين في سجوننا، حيث... لا توجد وسائل لاحتجازهم على وجه آمن أو لسلامة علاجهم». بل إن احتجاز المجانين في مستشفيات السجون كان يعد أمرا غير مقبول. وكان يحاج بأن هذا «يعترض عليه» ليس كما قد يتخيل المرء كنتيجة لما يسببه من المزيد من الكرب والإذلال، اللذين يحلان على المرضى العقليين التعساء، إذ يحشدون في الحبس مع المجرمين، وإنما يُعترض على ذلك لسببين مختلفين تماما: الأول، أن الضجة التي يحدثها «المجانين» تزعج المحكوم عليهم. والسبب الثاني والأكثر أهمية، أن المحكوم عليهم عندما يرون أن المجانين لا يعدون مسؤولين عن أفعالهم، فإن ذلك كان يغريهم بادعاء الجنون. واستُنتج من ذلك أن وضع المجانين بين المحكوم عليهم أمر خطير لأن المجانين «لا يضعون أي اعتبار للنظام والطاعة».

وحتى عندما لا يكون المرضى العقليون عنيفين ولا فوضويين، فإن احتجازهم في مصحة لا يزال مما ينصح به بصرف النظر عما يتطلبه ذلك من تكلفة. وكمثل آخر، فإن النساء الأوروبيات اللاتي يفقدن بموت الزوج أو الأقارب أسباب الرزق والعقل معا، كان الرأي بالنسبة لهن أنهنّ سيكن أفضل حالا بكثير وهن في داخل إحدى المصحات من أن يكنّ خارجها في الشوارع، حيث يحتمل أن يكون سلوكهن ومظهرهن مما يؤذي حس المجتمع الأوروبي بالنظام والاحتشام. وفي حالة چوانا كيرنان، كانت هذه السيدة تعاني من «حالة محنة عقلية»، منذ وفاة زوجها الذي كان يعمل مدفعيا بسلاح مدفعية الشركة. وكان الزوجان قد وصلا إلى مدراس في 1835 على أمل إقامة حياة أفضل مما في الوطن بإيرلندا، حيث كان چيمس كيرنان مجرد عامل هناك. وفجأة حرمت چوانا من رعاية زوجها بموته المبكر، وواجهت هي وأطفالها الثلاثة مستقبلا أكيدا من الفقر في الهند إلا إذا توافرت لهم المعونة. وأدخل الأطفال، ولدان وبنت، إلى ملجأ الأيتام العسكريين في مدراس، وعندها أصبحت چوانا «في حالة من جنون واضح بحيث أصبح من الخطر تركها مطلقة السراح». وأدخلت أولا إلى المستشفى العام، ولكنها نقلت بعدها بسبب استمرار «حالتها من الصمت والاكتئاب» إلى مصحة المجانين، و «جنون» چوانا هذا من نوع تشاركها فيه أخريات من بنات جنسها: فبعد تحطم أسرتها وما نتج من فقدان الأمان والدعم، أصبحت

جوانا «ضعيفة مكتئبة» وأظهرت «عدم مبالاة بأطفالها بينما كانت قبلها تبدو جد متعلقة بهم». ظلت جوانا «على نفس الحال، حيث يبدو عليها عموما أنها تفهم ما يقال لها، ولكنها لا تنطق قط بأكثر من كلمة واحدة للإجابة». على أن جوانا كيرنان قد وجدت على الأقل المعونة لأطفالها ووجدت لنفسها نظام علاج في المصحة، يكفل لها «الأدوية المقوية والغذاء الكامل». وثمة خياران متاحان للسلطات في الحالات التي تماثل حالة مسز كيرنان، فإما أن يطلق سراحها من المصحة بمجرد أن يتوقف سلوكها «المجنون»، أو أنها تظل محتجزة داخل المصحة إلى ما لا نهاية. على أن كلا البديلين كانا يجريان ضد سياسة عمل الحكومة التي تحاول أن تكبح تشرد الأوروبيين، وضد قرار مجلس إدارة الشركة الذي يحد من فترة بقاء الأوروبيين في المستشفيات بالهند، بحيث لا تزيد على سنة واحدة. وبالتالي فإن مسز كيرنان أعيدت إلى بريطانيا. وقد ماتت من نزلة شعبية بعد ذلك بحوالي خمسين عاما وهي في سن الثامنة والسبعين، حيث ظلت محتجزة في مصحة الهند الملكية في أيلنج، التي كان يرسل إليها أمثالها من «المجانين» المعادين من الهند.

وبهذا فإن إعادة نزلاء المصحة إلى الوطن كانت تتقل على نحو مريح، مشكلة تشرد الأوروبيين بعيدا عن الهند، وتحد من نفقات الاحتفاظ بالمرضى المعدمين، في مؤسسات العلاج النفسي في الهند ذات التكلفة الغالية. وبالتالي فإنه يمكننا أن ننظر إلى الاحتجاز في هذه المؤسسات، ثم ما يلي ذلك من الترحيل للعودة إلى بريطانيا على أنها وسائل تستخدمها السلطات الاستعمارية في الحالات التي يعد فيها استمرار بقاء أحد الأوروبيين في الهند أمرا يثير الفوضى بأقصى حد، أو أنه عدا ذلك غير مرغوب فيه. وبهذا فإننا نجد أن الاحتجاز للعلاج النفسي، وإن بدا لأول وهلة على أنه أمر قليل الأهمية، إلا أنه يكتسب ما له اعتباره من الأهمية عند النظر إليه، من خلال السياق الأوسع للحفاظ على النظام والسلطة الاستعماريين.

داخل المصحة

على الرغم من أن نفقات العلاج النفسي للأوروبيين في الهند تعد نسبيا قليلة الشأن من حيث مقدارها، إلا أن هذا كان جزءا متكاملا من

إجراءات المعونة الاجتماعية الأوروبية. وقد انعكست قيم المجتمع الاستعماري بدورها، على الطريقة التي يجري بها تنفيذ سياسة العمل فيما يتعلق بحالات «الجنون». وكان ينظر إلى الحضارة الأوروبية هي وأهدافها الروحية ومنطقها الاقتصادي، ومؤسساتها وتكنولوجيتها وعلمها وأفكارها على أن هذه كلها، هي النماذج الأساسية لكل التقدم البشري والتطور الأخلاقي الذي يتبع ذلك. وبالتالي، فإن تلك التحسينات القيمة في علاج المجانين التي أدخلت إلى المصحات الأوروبية، تم أيضا نقلها إلى الهند البريطانية باقتناع حاسم بأنه لا يمكن أن يوجد أي نظام أفضل من ذلك أو أكثر ملاءمة. وفي توافق مع الطموحات الاجتماعية «لأرستقراطية الطبقة الوسطى»، والاقتناع بأن البريطانيين «لديهم واجب أخلاقي عظيم يؤدونه في الهند»، فقد فُرض تنفيذ عزل صارم للطبقات داخل مؤسسات العلاج النفسي، وواكب ذلك تمايز في علاج المرضى حسب اختلاف خلفياتهم العرقية.

وكما كان الحال في إنجلترا، فإن الإقرار بالتقسيم الطبقي على نحو بيّن والإصرار عليه، كانا ملمحا رئيسيا للمجتمع الاستعماري المعاصر لوقتها في الهند. وكانت روح الوعي الطبقي تحدد إلى مدى بعيد نوعية الأوضاع في المؤسسات، ونوعية الإنفاق المتاح لأعضاء الطبقات العليا، وكذلك الإنفاق المتاح لأعضاء الطبقات الدنيا في المجتمع الأبيض. وكانت معدلات الإنفاق على المرضى من الطبقات الاجتماعية المختلفة، تتدرج على نحو محكم في الهند كما في إنجلترا، وذلك حسب وضع النزلاء في الحياة. وفي مصحة كلكتا مثلا قبل عام 1817، كان الموظفون المدنيون «والسيدات المهذبات» تبلغ تكلفة إقامتهم مبلغا كبيرا هو 120 روبية في الشهر، بينما كان على المدنيين شديدي الفقر أن يكتفوا بثُمن هذا المبلغ، أي مجرد 15 روبية. وفي نسخ مباشر لصورة الهرم الطبقي في الجيش والبحرية، كان الإنفاق على إعاشة المرضى من الموظفين العسكريين يتم حسب معدلات أجورهم السابقة، وهي أجور كان يمكن أن تنخفض إلى 8 روبيات في الشهر بالنسبة للجندي العادي. وثمة استثناءات كان يعمل بها في حالة «السادة المهذبين المستقلين» الذين وإن كانوا غير مرتبطين بخدمة الشركة، إلا أنهم ما زالوا يعدون من الجديرين بمعدل إنفاق شهري من مائة روبية، وذلك في إقرار بوضعهم

الاجتماعي السابق. وكانت هذه المعدلات تختلف من ولاية لأخرى وتختلف بمرور الوقت. كما أنها لم تكن تماما مما لا يُختلف عليه، حيث إن مجلس إدارة الشركة كان يكرر الضغوط لتخفيض نفقات نزلاء المصحات. فكان يتم عمل تخفيضات مختلفة، ولكن قاعدة تدرج النفقات حسب الطبقة الاجتماعية ظلت مع ذلك قاعدة متبعة على نحو صارم.

ولما كان مكان إقامة المرضى يعتمد على معدل نفقات الإعاشة، فإنه أيضا كان يتباين إلى حد له اعتباره. فكان مكان إقامة مرضى الدرجة الأولى في مصحة المجانين بكلكتا، أكثر اتساعا وراحة مما يتاح لنزلاء الطبقات الدنيا. فمرضى الدرجة الأولى يعيشون في «شقق» منفصلة: بينما يبقى الآخرون في «العنابر» العامة. وفي مصحة المجانين في مدراس خلال العقود الأولى من القرن التاسع عشر، كان مما يفرض أيضا بين الأوروبيين أن يكون هناك تخصيص لمكان الاحتجاز حسب طبقة الواحد منهم. على أن المباني هناك أصبحت جد مهملة بحلول منتصف القرن مع نقص شديد في الساحة المتاحة، بحيث أحجمت السلطات عن إرسال المرضى من الطبقات العليا إلى المصحة كلما أمكن توفير ترتيبات بديلة لهم. وكمثل، كان في 1851 ثمة مريض اسمه كابتن ج. كامبل، صودق على أنه «مجنون مجرم» ولم يسمح له بدخول المصحة، لأنها اعتبرت «غير ملائمة لأشخاص من طبقته». وتم احتجازه بدلا من ذلك في السجن المحلي، حيث كان يشغل جزءا كبيرا من المباني. وظلت هيئة موظفي السجن تشكو باستمرار من وجوده هناك، لأنه لم يكن فحسب يشغل قدرا كبيرا من مساحة مطلوبة، وإنما كان أيضا يثير اضطرابا «على نحو ملموس للغاية» في انضباط السجن. وفي مفارقة مع ذلك، نجد أنه على الرغم من المساحة المحدودة داخل مصحة المجانين في بومباي، إلا أنه يمكن قياس مدى التعصب العرقي والفوارق الاجتماعية قياسا دقيقا بالقدم والبوصة. فكان هناك نظام محكم لتخصيص الغرف ينبني أساسا على اعتبارات العرق والوضع الاجتماعي والجنس من ذكر أو أنثى، ثم يعتمد ثانويا فحسب على الأسس الطبية. وكان الجناح الأمامي من المبنى يشمل المدخل الرئيسي وسكن المدير وبعض الغرف المؤثثة تأثيثا مريحا. وكان هذا الجناح يحتجز للأوروبيين من الطبقة العليا. أما الجناحان الجانبيان اللذان كانا من طابقين فيقيم فيهما المرضى

من شتى الأوصاف، بمعنى أنهم كانوا «إناثا من كل الطوائف والألوان» و «ذكورا أوروبيين» و «ذكورا من الأهالي». ولما كان الجناح الغربي يطل على البحر ويحوي أفضل الغرف في الجناحين الجانبيين، فقد خصص للعدد القليل من الأوروبيين المنتمين للطبقة الدنيا ممن يحتجزون في بومباي في أي وقت. أما الجناح الشرقي فكان مقصورا تماما على احتجاز الهنود، وكان لابد أن يأوي إليه عدد يصل إلى 40 مريضا في كل طابق، في حين لم يكن هناك في المتوسط أكثر من حوالي أربعة نزلاء يأوون إلى عنبر الدرجة الثانية للأوروبيين. وهكذا كان يتم تنفيذ التمييز الطبقي والفصل العرقي معا داخل حدود مؤسسة واحدة. وفي حين أن جناح الأوروبيين المواجه للبحر كان يطل على «مناظر بهيجة وممتعة ... كمدخل الميناء، والخليج، وتل مالابار والريف المجاور، كانت «أجنحة الأهالي» في حالة جد بائسة بحيث إنه، حسب قول المدير الطبي، «كان الأمر يحتاج إلى معجزة على الأقل حتى يمكن لأي امرئ أن يغادر هذا المستشفى وقد نال الشفاء».

ومع وجود بعض التباين فيما يُفرض من إجراءات العزل داخل كل مؤسسة، إلا أن العوامل الأساسية لتخصيص الغرف داخل دور المصحات الثلاث الرئيسية في الهند البريطانية، ظلت هي الطبقة الاجتماعية والخلفية العرقية. وبالمثل، فإن نظم التغذية والإمداد بالخدمات العامة كانت تتم أيضا حسب ما يتفق وطبقة المرضى وعرقهم. وبلغ من هذا الأمر أن كانت معدلات الشفاء والوفاة في بداية القرن، على علاقة ارتباط لها معناها بالنسبة للوضع الاجتماعي للمرضى، وخاصة بالنسبة لإمدادهم بالطعام. وكمثل، فإنه في الفترة من 1824 ـ 1850 بلغ معدل الوفيات في مصحة كلكتا 4,1 في المائة، في حالة المرضى الأوروبيين بالدرجة الأولى و 7,7 في المائة في حالة المرضى الأوروبيين بالدرجة الثانية. وهذا «الحال من وصول معدل وفيات مرضى الدرجة الثانية إلى ما يبلغ تقريبا ضعف معدل وفيات مرضى الدرجة الأولى»، اعتبرت السلطات أنه حال«جد لافت للنظر». ولكن على الرغم من هذه النتائج، فإن مدير المصحة قام بعد ذلك بسنين قليلة بتخفيض كمية الطعام الذي يوفر لمرضى الدرجة الثانية، فتوصل بذلك إلى تقليل النفقات الشهرية لكل مريض بما يقارب 4 روبيات، في حين أن معدل الإمداد الموجود وقتها بالنسبة لمرضى الدرجة الأولى كان يحكم عليه بأنه

يعد «غير استثنائي». وعلى الرغم من أن الخبرة قد بينت في شتى المصحات في كل المقاطعات، أن الإمداد بالطعام عامل حيوي في تحديد معدلات وفاة وشفاء المرضى، فإن اللجان الطبية للمدن الرئيسية لم تتخذ أي توصيات فعالة للاستيثاق من توفير نظام تغذية كامل للنزلاء من الطبقات الدنيا.

كان هناك في ذلك الوقت نظام «للعلاج المعنوي»، وأحد أهم عناصره، هو اشتراك المرضى في أنشطة للعمل والترويح توصف بأنها «أشغال لا تتعارض مع الهياج العقلي غير الصحي». ومرة أخرى فإن طبيعة هذه الأنشطة ومدى إتاحتها للمرضى كانت تختلف حسب الوضع الاجتماعي للمرضى وعرقهم، وقيود المساحة في المباني المختلفة للمصحات. وكانت هناك في مصحة بومباي «واجبات منزلية مختلفة»، وكذلك أيضا «كتالوجات ومجلات وجرائد، ولعبة نرد ومصغر بلياردو وألعاب ورق وشطرنج والقوارير الخشبية وغير ذلك من ألعاب الخلاء»، كلها مذكورة على أنها «الأدوات الأساسية للعلاج المعنوي». ولما كان الأوروبيون والهنود يُحتجزون معا داخل نفس مجمع المباني، فقد كان مما يُجعل واضحا أن مواد القراءة مثل مجلة «پنش» و «الأنباء المصورة» يقصد بها أنها للأوروبيين وحدهم. وقد بنيت خصوصية وسائل الترويح في هذا المثل على اعتبارات عرقية وليست طبقية. أما وسائل تسلية الهنود فتتكون من الكرة والرماية بالقوس أو لعبة أو لعبتين من قبيل ذلك. وكان يسمح للنزلاء الهنود أيضا بالاحتفاظ بالحيوانات الأليفة في المصحة، بما في ذلك الكلاب والقطط والماعز والدواجن والحمام والقرود والغزلان. وهذا النوع الخاص من الممارسات قد سمح به حسب ما يقوله المدير «بناء على الرأي بأن ذلك يستدعي في المرضى مشاعرهم الأكثر رقة وتوهجا». وهكذا فإن وسائل تمضية الوقت المتاحة للمرضى كانت بالتالي تتفق والمفاهيم الأوروبية المتحيزة: فالنزلاء الأوروبيون يشجعون على القراءة أو الانشغال بأنواع من الألعاب التي تعد مقبولة بين الرفقة الإنجليزية المهذبة. أما بالنسبة للهنود فكان يُعتبر أن مباريات التنافس وتربية الحيوانات أكثر ملاءمة لهم. وبهذا فإن اختيار وسائل تمضية الوقت كان يدعم من المثال الأوروبي بقالبه النمطي ـ أي التفوق في العقل والأخلاق ـ مقابل قالب الهندي النمطي ـ الذي يدمن القتال ويألف رعاية الحيوانات. ومن الممكن بالطبع أن يكون اختيار هذه الأنشطة قد تم باعتبار ما كان

يفضله المرضى الأوروبيون والهنود أنفسهم، على أنه من الواضح أيضا أن هناك أيديولوجية ذات حس عرقي تظهر في تخصيص الإدارة لمثل هذه الوسائل لتمضية الوقت.

وعلى الرغم من أن العنصر العرقي كان، فيما يظهر، عاملا حاسما في توزيع الأنشطة الترويحية في مصحة بومباي، إلا أن التقسيمات الطبقية بين المرضى الأوروبيين لم تكن بالأقل أهمية. والحقيقة أن معظم النزلاء الأوروبيين كانوا ينتمون إلى الرتب الأدنى من الموظفين العسكريين، في حين أن عددا ضئيلا فقط من المرضى كانوا يؤخذون في كل عام من الطبقات العليا. وترتب على ذلك أن التصنيف الطبقي للأوروبيين كان يتطلب إحكاما أقل. وبديهي أن «السادة المهذبين» كان يوفر لهم كل أسباب الراحة التي تعد ملائمة لوضعهم السابق في الحياة. وبالتالي فإن نظام التصنيف الطبقي لا يحتاج إلى المزيد من الشرح. إلا بالنسبة لعزل الطبقات الأوروبية الدنيا عن الهنود.

ولعل هذا العزل في المؤسسات، كما كان يمارس في بومباي، قد سهل من كفاءة الإدارة وراحة النزلاء، إلا أنه كان في نفس الوقت يؤدي إلى ترتيب النظام الداخلي للمؤسسة بحيث يكون متفقا مع الأولويات والتحيزات الاجتماعية نفسها، التي تسود في المجتمع الأوروبي بصورة عامة. كما أن الأوروبيين من جميع الدرجات كانوا يتمتعون بدرجة من الراحة تفوق ما يتمتع به الهنود. بل حتى بالنسبة لدرجة ما يعطى من اعتبار للخلفية الاجتماعية كان الأوروبيون يعاملون معاملة متحيزة . فكان هناك احترام لحساسياتهم الاجتماعية وكان أفراد المراتب الدنيا يُفصلون على النحو الملائم عن أفراد المراتب العليا. وفي تباين مع ذلك كان هناك إهمال كبير للنزعات الوجدانية الهندية الطائفية والدينية، في حين أنها نزعات جد نامية. فكان الهنود الذكور يحشدون معا وقد بُني تصنيفهم في المصحة، بصورة رئيسية، على أساس ما لديهم من أعراض سلوكية ـ أي حسب ما إذا كانوا هادئين أو ذوي «عادات نظيفة»، أو عنيفين، أو في حالة نقاهة. ومن حيث وجهة النظر المعاصرة فإن أسلوب المساواة الظاهرية في التصنيف المطبَّق على النزلاء الهنود، قد يبدو الأسلوب المفضل، بدلا من أن يُخلق ثانية داخل المصحة أنماط تصنيف الطبقات الاجتماعية كما توجد في

خارجها. على أن إهمال اختلاف الهنود، في الطائفة والطبقة والعقيدة، إنما كان مستمدا من المفهوم الأوروبي، الذي يحط من شأن الهنود باعتبار أنهم كلهم «أهالي»، أناس كلهم من عرق منحط يمكننا بكل سرور إهمال حساسياتهم وتحيزاتهم الاجتماعية.

أما في مصحة كلكتا فلم يكن يسمح عادة بدخول المرضى الهنود. فكان العنصر الأساسي للحصول على وسائل الترويح هو الطبقة الاجتماعية. وحينما كانت المصحة خلال العشرينيات من القرن التاسع عشر لم تزل تدار بواسطة مالك المبنى الذي يأوي إليه المرضى، وحينما «لم يكن هناك بعد شعور بالاحتياج إلى مساحة ومكان إيواء أكبر»، نجد أن مرضى الدرجة الأولى كانوا أحيانا يتناولون الغذاء مع عائلة المدير، أو يتناولون وجباتهم في قاعة الطعام التي كانت تزود على نحو مريح بمراوح في السقف. كما نجد على نحو مماثل أن السماح بالدخول إلى مكتبة المصحة كان أمرا انتقائيا في تلك الأوقات المبكرة: أما بعد ذلك فقد ضُحي بهذه المتعة بسبب الحاجة إلى مزيد من الأماكن للإقامة. وبالتالي، أصبح العمل ووسائل الترويح بالنسبة لمعظم المرضى في كلكتا أمورا يزداد تقلصها دائما كنتيجة لتزايد ازدحام المباني. وبحلول منتصف القرن كان مرضى الدرجة الأولى ما زالوا يزودون بالمجلات، أما مرضى العنابر فكان في وسعهم قضاء معظم وقتهم خلال النهار جالسين في الشرفات، إلا أنهم لم يعد يتاح لهم العمل التطوعي، الذي كان ينظر إليه وقتها على أنه «أهم وسيلة عمل علاجية في المصحات في أوروبا». وجعل مدير مصحة كلكتا من عدم وجود العمل التطوعي ميزة، مدعيا أنه «لا يمكن مطلقا تطبيقه في بلاد الهند الحارة»، وأنه «ضار بالأوروبيين». وكان يزعم أن المناخ يجعل «الزراعة والبستنة والعمل في المطبخ أو المغسلة أو المخبز أمورا غير عملية». وكان من المعتقد أيضا أن «العمل الميكانيكي سيكون غير ملائم»، لطبيعة «أغلبية المرضى» الذين كانوا «جنودا وبحارة أو سادة مهذبين».

وإذن، فمن الواضح أنه على الرغم من وجود بعض اختلافات محلية، فإن هذه المصحات كانت تعطي اعتبارا هائلا لمسائل الأصول الاجتماعية والعرقية. وكان يتم الإبقاء بحرص على التقسيم الطبقي بين الأوروبيين، وكان هذا ينعكس على شتى الإمدادات ووسائل المتعة التي تتاح للنزلاء.

وكان الموظفون العاملون في المصحات ينظمون هم أيضا طبقيا، وكان ترتيبهم في طبقات صدى للتصنيف المطبق على المرضى حسب العرق والطبقة الاجتماعية والجنس، كذكر أو أنثى. وأعلى وظيفة في المصحة هي وظيفة المدير الطبي. وحيث إن له الإشراف الطبي والإداري على المصحة فقد كان على نحو ثابت من الأوروبيين. والمرضى الأوروبيون توفر لهم الخدمة بحراس أوروبيين. ومن الظاهر أنه لم تكن هناك أي مشكلة تواجه من حيث تجنيد أشخاص مناسبين لهذا العمل. فكان من السهل العثور على الجنود والبحارة السابقين الذين يفضلون العمل في الهند، على المستقبل المشكوك فيه عند العودة إلى بريطانيا بعد أعوام كثيرة من الحياة في الخارج، أو أنهم يكونون ممن قد تزوجوا من نساء هنديات. على أنه يبدو أنه كانت هناك صعوبة أعظم في العثور على حارسات ملائمات من الإناث. فالمرشحة المؤهلة لوظيفة الإشراف على رعاية النساء الأوروبيات يجب أن تكون امرأة أوروبية، وليس هذا فحسب، بل أن تكون أيضا من طبقة «محترمة»، وإن كانت على استعداد لقبول الأجر جد المنخفض (حوالي 8 إلى 15 روبية في الشهر). وكان يبدو أيضا أن هناك مؤهلات عرقية لوظيفة مساعد الصيدلي، ولكن ليس لعامل مزج تركيبات الدواء. أما سائر الموظفين الذين يتألفون من الطهاة والكناسين والحرس وحملة المياه والغسالين والحلاقين والخدم المرافقين بالعنابر، فكانوا يشكلون «مجموعة مؤسسة الأهالي» بالمصحة. وكان يتوقع منهم أن «يظهروا أقصى الإذعان والطاعة لرؤسائهم من الموظفين»، (وهم عادة أوروبيون)، وأن يؤدوا «في هدوء» مدى واسعا من مهام الخدمة والأعمال الوضيعة.

وفي حين يبدو أن الموظفين من الأوروبيين الذين يستخدمون للوظائف الأرقى، كانوا أقل عددا مما في المصحات الخاصة في إنجلترا، فإن المصحات الأوروبية في الهند كان عدد من يوظفون فيها من العاملين بالوظائف الأدنى عددا أكبر، إلى حد له اعتباره، من العدد المعتاد في المؤسسات الخاصة والعامة في أوروبا. وحيث إن عدد الموظفين الأوروبيين الذي كان يوصى به في عشرينيات القرن التاسع عشر، ظل عددا ثابتا في حين زاد عدد المرضى بعشرة أمثال، فإنه لابد أن أفراد الخدمة من الهنود هم الذين كان عليهم أن يعوضوا عن المستوى المنحدر للخدمات العامة. وحتى مع ذلك، فإن الظروف

في أماكن إقامة المرضى الأوروبيين في بومباي حيث يوجد خادم مرافق لكل ثلاثة أفراد أوروبيين، لابد أنها كانت أفضل من الظروف في «عنابر الأهالي»، حيث كان يوجد خادم مرافق واحد لكل سبعة من الهنود.

كانت السلطات المحلية في الهند تلتزم بالتمييز العرقي التزاما واضحا، حيثما كان يجري فحص لإجراءات الدخول في المصحات ولإدارتها العامة. وفي 1820 راجعت اللجنة الطبية لولاية كلكتا، هي ومجلس إدارة الشركة في لندن، التنظيمات المؤسسية لمصحة كلكتا. واقترح مجلس إدارة الشركة أنه لأسباب اقتصادية ينبغي إلغاء المصحة التي كانت مقصورة على الأوروبيين فقط، وأنه ينبغي منذئذٍ إرسال المرضى العقليين الأوروبيين إلى مصحة الأمراض العقلية للأهالي التي تأسست حديثا. واعترضت السلطات المحلية بشدة على هذا الاقتراح، محتجة بأن «اختلاط الأوروبيين المثقلين بخبلهم العقلي مع أهالي في نفس الحالة، (لهو) أمر يُشك كثيرا في مدى ملاءمته». بل إن «اختلاط» أفراد الطبقات الدنيا من الأوروبيين مع الهنود يعد أمرا غير مقبول. وترتب على ذلك أن تم الإبقاء على مؤسسة مستقلة ذات تكلفة باهظة، لتكون مقصورة فحسب على المجانين الأوروبيين. على أن الفصل بين الأعراق في مدراس وبومباي كان أقل صرامة. فكان الأوروبيون والهنود يحتجزون داخل نفس المباني، وإن كانوا لا يزالوا يعيشون في أوضاع منفصلة.

الإعادة للوطن

لما كانت بنية مجتمع المستعمرة تنقسم حسب مراتب من العرق والطبقة، فإنه كان لابد أن تتكرر نسخة من ذلك في أوضاع المؤسسات التي يقيمها المجتمع. ووجود مؤسسات متخصصة يوفر بدوره المجال لتأكيد سلطة الدولة المنظمة، حتى على تلك المجموعات الهامشية للمجتمع. ومما يفيد في تأكيد ذلك ما وُجد من سياسة عمل في الهند، صممت لاستكمال احتجاز الأوروبيين داخل مؤسسات العلاج النفسي هناك - وهي سياسة ترحيل المرضى الأوروبيين لإعادتهم لأوروبا. وقد ترسخت سياسة الإعادة للوطن كإجراء قياسي في 1819، حيث تم وضع حد أقصى لزمن احتجاز الأوروبيين في المصحات في الهند بحيث لا يزيد على سنة واحدة. وكانت الموانئ الرئيسية لترحيل «المجانين» هي كلكتا ومدراس وبومباي. وكانوا

يأتون على مدار العام في مجموعات من المقاطعات والمراكز الداخلية إلى هذه المدن الرئيسية، حيث كان يتم استقبالهم في المصحات لوضعهم بعدها تحت الملاحظة.

وإذا بدا أن من غير المحتمل أنهم سيتم شفاؤهم خلال عام فإنهم كانوا يعادون ثانية إلى أوروبا.

ثم إقرار سياسة العمل هذه وظلت باقية لعدد من الأسباب التي تعد أسبابا عملية كما تعد أيضا أسبابا أيديولوجية. وبداية، فإن الإنفاق على مؤسسات المصحات في الهند كان مكلفا للغاية. فأجور الدور وأسعار الأرض كانت عالية علوا مزمنا، خاصة في كلكتا، وكذلك أيضا أجور الأفراد العاملين الأوروبيين، وكانت المصحة العقلية تحتاج إلى عدد من الأفراد العاملين أكثر مما في أي مؤسسة مشابهة، مثل السجون، حيث يسهل وضع النزلاء في الحبس وحراستهم بسجانين من الهنود. وكان هناك إحساس بأن نزلاء الدرجة الأولى في المصحات لا يمكن حرمانهم من خدمهم الخصوصيين ومرافقيهم. ولم يكن ينظر إلى حالتهم العقلية على أنها مرض نهائي، وإنما هي بالأولى اعتلال يمكن أن يخف بمرور الوقت، بحيث يمكن للمرضى أن يتحرروا من محنتهم المؤقتة ليعودوا إلى بيئتهم الاجتماعية السابقة. وكان من المعتقد أنه حتى مرضى الدرجة الأولى الذين ظلوا في مرضهم زمنا طويلا، لا يمكن أن يُحرموا على نحو عادل من امتيازاتهم السابقة، على الرغم مما قد يتطلبه ذلك من نفقات لها اعتبارها. وكان من المعتقد أيضا أن الأوروبيين من أفراد الطبقات الدنيا يحتاجون إلى خدمة من مرافقين أوروبيين، وإن كان سبب ذلك في حالتهم هو ما كان شائعا من رد فعل المرضى العنيف لأن يشرف عليهم أفراد من «الأهالي»، كما أن السلطات كانت تعارض في إصرار تعيين الهنود في وظائف يكون لهم فيها تحكم في الأوروبيين. وكانت مثل هذه الاعتبارات تنحو إلى رفع تكلفة المؤسسات الأوروبية في الهند. ولعل إحدى الطرائق البراجماتية لتوفير المال قد تكون في إنشاء مؤسسات من النوع الذي يمكن فيه مراقبة كل الأفراد المحتجزين من مكان واحد، وهو نوع كان سائدا وقتذاك في بريطانيا، حيث يمكن فيه تطبيق اقتصاديات الحجم الأكبر. ولما كان مثل هذا الحل يستلزم دمج المؤسسات الأوروبية الصغيرة الحجم نسبيا مع المؤسسات «الأهلية»، فإنه

حل لم يتم قط اتخاذه، وبدلا من ذلك حدد زمن الإقامة في مؤسسات الحجم الصغير المكلفة، ليكون سنة واحدة ووُفرت نفقات الترحيل من الهند للمرضى الذين يحتاجون إلى مزيد من الرعاية والعلاج.

يتعلق أحد الجوانب ذات الصلة الوثيقة بسياسة الإعادة إلى الوطن، باهتمام الشركة بتحديد هجرة البيض إلى الهند. فكان يزعم أن هناك تهديدا لكرامة الحكام الأوروبيين عند وجود أفراد أوروبيين معوزين، أو أفراد غير ذلك من الطبقة الدنيا الأوروبية غير المرغوب فيهم اجتماعيا. وهذه حجة قديمة كانت تستخدم ضد أي احتمال لاستعمار الهند بالأوروبيين منذ أواخر القرن الثامن عشر وما بعدها. غير أن الشركة ما لبثت أولا أن خسرت احتكارها التجاري للهند في 1813، ثم خسرت في 1833 حقوق وقف تجارة الصين عليها. وتبع هاتين الخسارتين أن أصبحت سياسة تحديد الهجرة مما لا يمكن اتباعه اتباعا صارما. وعلى الرغم من ذلك جرت محاولات شتى ناجحة لمنع الجنود المسرحين من الخدمة من البقاء في الهند، ولإعادة الأوروبيين المعوزين إلى وطنهم. أما نوع الأفراد الذين كانت الشركة تريدهم في الشرق فهم الموظفون المدنيون، والعسكريون الذين يمكنهم إقامة استثمارات تجارية مربحة أو يمكنهم بطرائق أخرى تعزيز قضية الحكم الأوروبي، وذلك بدلا من أفراد يكون فيهم صدى من بؤس وعوز الطبقة الدنيا لبريطانيا نفسها، أو الأفراد الذين لا يستطيعون إعالة أنفسهم بسبب الإصابة بمرض أو بمأساة شخصية. وبالتالي فإن ترحيل المرضى العقليين الأوروبيين أمر يتلاءم مع الممارسات السابق إرساؤها، للتحكم في تدفق الأوروبيين على الهند، بأن يُرحل بالسفن إلى الوطن أولئك الأفراد الذين يعدون غير مرغوب فيهم اجتماعيا أو غير منتجين اقتصاديا.

وبالإضافة إلى ذلك، فقد ظهرت صورة وطنية عاطفية لبريطانيا «كبلد أخضر بهيج»، هو الملاذ الأخير والوطن الحقيقي للموظفين البريطانيين العسكريين والمدنيين، وكان ظهور هذه الصورة هكذا مواكبا للأفكار التي تدور حول وجود رسالة «نشر الحضارة» في بلاد ما وراء البحار. وكان يُعتقد أن النقص المزعوم للكابح الأخلاقي والحس بالواجب عند أفراد الطبقات الدنيا، هو نقص يتفاقم أمره بالخدمة في المناطق الحارة بدلا من

أن يقل. فالأوروبيون عندما يصابون بالتأثيرات الضارة للتعرض للشمس ولما كان يسمى «بالحياة الشاقة»، فإن الفرصة الوحيدة لشفائهم تكمن فيما يعتقد في المبادرة مبكرا «بنقل هؤلاء الأفراد التعساء إلى مناخ أكثر برودة»، حيث إنه «ينبغي ألا نسمح بأي حال لأي رجل بعد إصابته بالجنون، بأن يظل باقيا في حال من الظروف والعلاقات من الواضح أن من المحتمل جدا أنها ستؤدي إلى نكسته».

هذا ويمكننا أن نتابع وراء عملية ترحيل المرضى والأفراد «ذوي الشخصيات السيئة» والمعدمين والمرضى العقليين، إلى زمن يسبق عام 1800 بوقت له قدره، عندما انبثق التحكم في الهجرة الأوروبية كجزء من السياسة الاستعمارية لتقييد وجود أفراد الطبقة الدنيا الأوروبية في الهند البريطانية. ومن خلال هذا السياق التنظيمي الأوسع فإن سياسة الشركة بالنسبة «للمجانين»، يمكن تمييزها بأنها تتصف بالعمل على التخلص من المشكلة بترحيل المرضى العقليين أنفسهم. وفي نفس الوقت فإن إجراء الإعادة إلى الوطن أسهم في تقوية الموقف الأيديولوجي الموجود وقتذاك ضد أي اندماج ثقافي وعرقي، وبالتالي فإنه كان يضاد أي نزعة بالنسبة للأوروبيين «لأن يتحولوا إلى أهالي». وهكذا فإن الإعادة إلى الوطن، مثلها مثل العزل في المصحات، أفادا معا في الإبقاء على المسافة الاجتماعية الموجودة بين الأعراق والطبقات المختلفة تحت حكم الشركة في الهند.

الطب النفسي والحكم الاستعماري

قد يبدو إذن أنه في زمن مبكر من القرن التاسع عشر أصبح الطب النفسي جزءا متكاملا من المنظومة الاستعمارية للرفاه والانضباط الاجتماعيين. كما أنه أيضا يفي بوظيفة أيديولوجية مهمة، وهذا دور قام به الطب النفسي على الرغم من الفائدة المحدودة التي تجنى من الاحتجاز للعلاج النفسي. والخطاب المعاصر عن أن مصحة المجانين نموذج رائع للمبادئ الإنسانية البريطانية، والتقدم العلمي في الهند، يبدو خطابا متسما بالمبالغة عندما يقارن بالعدد الصغير والحجم الصغير للمصحات التي أنشئت فعلا. غير أن الأمر بالضبط هو أن هذه المبالغة هي والمزاعم غير المتناسبة التي زعمت بشأن الطب النفسي، قد أدت إلى المساعدة على أن

يتخذ البريطانيون لأنفسهم صورة ذاتية كجنس من الحكام الإنسانيين والعقلانيين، الذين تصدق إنجازاتهم العلمية على دعواهم بأن الحكم الاستعماري يتصف بأنه خيّر وشرعي. وقد ظلت هذه الشرعية دائما مما يُناضَل بعنف في سبيله، كما ظلت مما يؤكَّد عليه بثقة. وظل الطب النفسي الأوروبي ـ بالمثل ـ يعمل كدالة رمزية مهمة، سواء لأنصار أو لمعارضي استمرار الوجود البريطاني في الهند. وبقي الدور الأيديولوجي للطب النفسي حيا بعد نهاية إدارة الشركة في 1858، وبقي مستمرا حتى في ذروة الحكم الإمبريالي، حيث كان يتم تنفيذ احتجاز «المجانين» الأوروبيين والهنود في مؤسسات متخصصة، ذات حجم أكبر (وإن كان لم يزل حجما محدودا). ومن الممكن بالطبع طرح الحجج الاقتصادية والسياسية لتفسير الحكم الاستعماري وملامحه المميزة. إلا أن الأعمدة الأيديولوجية للاستعمار كانت ضرورية أيضا للإبقاء على صورته وعلى سلطته، كما كان لها أيضا أهمية بالنسبة لعلاقتها بفهم خصائصه. وهذا هو السياق الذي يمكن فيه رؤية الطب النفسي على أنه يحوز أهمية تذهب لمدى أبعد تماما من دوره المباشر في التحكم في أفراد محدودين من «المنحرفين» و «مسببي الضرر»، وفي إخضاع الجنون.

3 الجدري(*1) وطب المستعمرات في الهند في القرن التاسع عشر

دافيد أرنولد

كان الجدري بالنسبة للكثيرين من أطباء القرن التاسع عشر البريطانيين هو «كارثة الهند». واشتهر عن الجدري أنه «واحد من أعنف وأقصى الأمراض التي يتعرض لها الجنس البشري»، وهو مسؤول عن «عدد من الضحايا يفوق ضحايا كل الأمراض الأخرى مجتمعة»، ويفوق حتى الكوليرا والطاعون «في طبيعته الخبيثة العنيدة». وقد حدثت عدة ملايين من الوفيات في أواخر القرن التاسع عشر وحده، ترجع كلها إلى القوى المدمرة لهذا المرض. وإلى جانب أنه يسبب موت ثلث حالاته كلها، فإن الجدري ينتج عنه أيضا ندوب وتشوهات دائمة في الكثيرين ممن يبقون أحياء بعد الإصابة به: وقد اعتبر الجدري في أحد التقديرات مسؤولا عن ثلاثة أرباع حالات العمى في الهند.

على أن ارتفاع معدل الوفيات وإحداث أوجه عجز دائم لم يكونا كل ما ميز الجدري، كمرض له

أهميته الخاصة بالنسبة للهند في القرن التاسع عشر. فقد ظل الجدري يشغل مكانة متميزة بالنسبة لموقف كل من الهنود والبريطانيين من المرض وعلاجه والوقاية منه. والجدري كان من أسهل ما يمكن التعرف عليه من الأمراض الوبائية في الهند، كما أنه كان من أشدها قسوة، وكان له تمثله على نحو واسع في المعتقدات والطقوس الدينية، فكان له آلهته التي تعبد في الواقع في أنحاء الهند كلها. وهذا المرض مما يخضع للتدخل البشري على نحو فريد. وكان التطعيم بطعم چينر الذي أدخل في الهند 1802، مما شجع البريطانيين على اعتبار الجدري مرضا يمكن توقيه. على أن اهتمامات أطباء المستعمرات بقيت وقتا مركزة على نحو ضيق على الاحتياجات الأوروبية، فكان التطعيم يمثل محاولة يندر القيام بها لنقل الطب الغربي إلى أفراد الشعب. والحقيقة أن التطعيم كان يستلزم درجة من تدخل الدولة طبيا لم يكن لها وجود ولا لأي مما يماثلها، حتى حدثت الحملات المضادة للطاعون في أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر. ولكن على الرغم مما أدركه البريطانيون من فوائد للتطعيم[*2] لا تقبل الجدل، إلا أن ممارسته لم تكتسب موافقة عامة عليها إلا على نحو بطيء. وأحد العوامل التي سببت ذلك هو موقف الإدارة الاستعمارية نفسها، خاصة بالنسبة لتحمل عبء التكاليف اللازمة لذلك. كما كان هناك أيضا صعوبات عملية لابد من التغلب عليها. ولكن التطعيم كان يجابه بالإضافة إلى ذلك بتحد من ممارسة وسيلة وقائية منافسة هي التلقيح، وتحد من جهاز عمل منافس آخر من الأهالي المحليين الذين ينفذون التلقيح المباشر[*3] للجدري.

وبسبب توليفة من هذه العوامل استغرق الأمر مائة سنة حتى يصبح للتطعيم شكله الفعال كوسيلة وقاية جماعية في الهند، واستغرق الأمر سبعين سنة أخرى حتى أمكن استئصال هذا المرض الرهيب نهائيا.

لما كان للجدري هذه الأهمية البارزة في أفكار البريطانيين والهنود عن الطب والمرض، فإن هذا كان السبب جزئيا في أن يتيح لنا الجدري تبصرات لها قيمتها عن طبيعة الطب الاستعماري في الهند وأغراضه وتأثيراته، (وهناك أيضا سبب جزئي آخر لذلك وهو أن الجدري قد نوقش على نحو مسهب في الأدبيات الطبية لذلك العهد)، كما أن التأمل في أمر الجدري يتيح أيضا تبصرات عن قدرات سلطة الدولة الاستعمارية في الهند، على

التدخل الطبي وما كان يوجد بها من أوجه قصور عملية.

المرض والطقوس في الهند

توجد مراجع طبية باللغة السنسكريتية ترجع وراء إلى ما يزيد على ألفي عام، فيها إشارات إلى مرض صديدي يسمى «ماسوريكا»، وفي ذلك ما يطرح أن الجدري كان موجودا كمرض قديم بين شعوب جنوب آسيا. على أن من المحتمل أن حدة المرض لم تكن ثابتة، وإنما كانت تتراوح حسب اختلاف السلالات الفيروسية، وحسب تغير درجة استهداف البشر للمرض. ويحاج رالف نيكولاس، محاجة بنيت أساسا على المصادر الأدبية، بأن الجدري كان قليل الحدة نسبيا في البنجال، حتى حدث في القرن الثامن عشر غارة ماراثا والفتح البريطاني، اللذان مزقا المجتمع الريفي وسببا المجاعات وهجرات السكان، وهي أمور سهلت نشر الجدري. ويحاج نيكولاس أيضا بأن التلقيح في مثل هذه الظروف كان يهمل أمره، فيزول بالتالي مانع مهم لانتشار المرض في ذلك الوقت. ولا ريب في أنه يوجد برهان في الأزمنة الأحدث على وجود علاقة ارتباط وثيقة بين وبائية الجدري من ناحية، و المجاعة والاضطراب السياسي من الناحية الأخرى.

والجدري أيضا يتبع دورة أقصر وأسهل من حيث التنبؤ بها. فالجدري الذي كان مرضا متوطنا في معظم أنحاء الهند، كان يعود بشكل وبائي له قوته كل أربعة إلى ثمانية أعوام مع تكوين مستودع من الأطفال المستهدفين للمرض ممن ولدوا بعد الوباء السابق. والجدري في الهند يظهر أيضا دورة موسمية لافتة. فهو يزداد انتشارا بين فبراير ومايو بحيث إنه كان مشهورا في شرق الهند بأنه (باسنتاروجا) أي «مرض الربيع». ثم ينحسر المرض مع بداية فترة الرياح الموسمية، ليصل إلى أقصى انحساره السنوي في أكتوبر ونوفمبر. وتفسر الظروف الجوية جزئيا هذا النمط الذي يحدث به المرض (يزداد فيروس الجدري نشاطا وتزداد سهولة قدرته على الانتقال في الجو الجاف عنه في الجو الرطب). على أن هناك تأثيرات اجتماعية وثقافية كان لها أيضا أهميتها في ذلك. فشهور الربيع في الهند هي تقليديا وقت الاحتشاد والسفر. فالحج إلى المزارات المقدسة الرئيسية، والمواسم الدينية الشعبية واحتفالات الزواج كلها أكثر شيوعا أثناء الجزء الجاف من السنة

حين يكون السفر أسهل والأرض غير محتاجة إلا لعمل قليل. وهذه الأنشطة توفر الحركة والمخالطة الاجتماعية اللازمين لانتقال عدوى الجدري. أما المجاعات فإنها فبالإضافة إلى إضعاف المقاومة البشرية للعدوى، لها أيضا تأثير مشابه لما سبق: فالأفراد الذين تصيبهم المجاعة يهيمون بحثا عن الطعام أو يحتشدون في معسكرات المعونة والمدن، حيث يسهل نقل عدوى الجدري وغيره من الأمراض.

ومع غياب أي إحصاءات تفصيلية قبل ثمانينيات القرن التاسع عشر، نجد أن من الصعب قياس المدى الكامل لمعدل الوفيات من الجدري في الهند البريطانية. ومن المحتمل أن تكون التقديرات الأولى فيها مبالغة إلى حد عظيم. ولما كان الجدري في أوروبا نفسها مرضا معروفا ويخافه الناس خوفا عظيما، فقد كان من الممكن أن تحدث أخطاء بأن تنسب حالات الوفاة إليه بدلا من أن تنسب إلى أمراض أخرى كانت وقتها مجهولة إلى حد كبير. وهناك بعض بيانات موجودة عن كلكتا، حيث بلغ متوسط حالات الوفاة من الجدري 734 حالة في السنة، بين 1837 و 1865؛ على أن من المحتمل أن الكثير من الحالات المميتة كان يفوتها التسجيل في هذه السنوات المبكرة. وفي أول خمسة شهور من 1850، وهي سنة وباء، نجد أنه كان هناك 3329 حالة وفاة معروفة بين سكان المدينة من الهنود الذين يقدر عددهم بما يبلغ 398 387 من الأفراد. ويكتب ر. پرينجل بحثا في مجلة «لانسِت» في العام 1869 ويخمن فيه أنه في منطقة (دوب) المزدحمة في شمال الهند قد تكون نسبة السكان الذين تعرضوا في مرحلة من حياتهم للإصابة بالجدري هي نسبة تصل إلى 59 في المائة. وهو يضيف أن المرض كان جد منتشر حتى «أصبح من المقولات الشائعة إلى حد كبير بين الطبقات الزراعية بل وحتى بين الطبقات الأكثر ثراء، أنه ينبغي ألا يُحسب قط عدد الأطفال كأعضاء دائمين في الأسرة... حتى تتم إصابتهم بالجدري وشفاؤهم منه».

وبحلول ثمانينيات القرن التاسع عشر تجمعت إحصائيات عن معدلات الوفاة في الهند يمكن الاعتماد عليها بدرجة أكبر، وإن ظلت إجراءات التسجيل منقوصة بصورة واضحة. ونجد في ذلك الوقت أيضا أن التطعيم ربما كان قد بدأ يؤثر بعض الشيء في خفض معدل الوفاة من المرضى. وبعد أن كانت الوفيات تبلغ 1ر44 مليون حالة في العقد بين 1868 ـ 1877،

و 46 ,1 مليون حالة في العقد بين 1978 ـ 1887، انخفض معدل الوفاة من الجدري إلى 96 ,0 مليون حالة في العقد بين 88 ـ 1887 وإلى 83 ,0 في العقد بين 1898 ـ 1907.

وإذا كان الجدري سببا رئيسيا لحالات الوفاة بين الهنود، فإنه كان أيضا مرضا جد مرهوب بين الأوروبيين في الهند. وقبل 1800 كان المستوطنون البريطانيون يلجأون إلى حد ما إلى التلقيح المباشر بالجدري (التلقيح بمواد من حالات الجدري)، ولعل هذا كان فيه محاكاة للممارسات الأوروبية الجارية وقتها وليس للممارسات الهندية. وفيما عدا ذلك، فإن الأوروبيين كانوا يفرون من بيوتهم «في ذعر» حتى ينتهي الوباء. ومع مسارعة الأوروبيين لاتخاذ إجراء التطعيم بعد 1802، قل تعرضهم للإصابة بالجدري عن تعرضهم للإصابة بالأمراض الكثيرة الأخرى التي تقابلهم في الهند، مثل الكوليرا. على أنه حدث في وباء 49 ـ 1850 في كلكتا أن أُدخل ستة وسبعون أوروبيا إلى المتشفى العام بالمدينة وهم يعانون من المرض، وحدثت بينهم عشرون حالة وفاة. وكان معظم المصابين من «الأوروبيين الفقراء» وخاصة الجنود والبحارة. أما الأوروبيون الأكثر ثراء، فيعتقد أنهم كانوا محميين من المرض، ليس فحسب بالتطعيم، وإنما أيضا بسبب اتساع بيوتهم وحدائقهم وعدم مخالطتهم للهنود مخالطة وثيقة.

على أن انخفاض درجة الاستهداف للمرض لم تكن تعني أن الجدري قد توقف عن أن يكون من الأمور التي تشغل بال الأوروبيين. فقد كان التطعيم يُنفَّذ أحيانا تنفيذا سيئا بحيث يكاد يكون «لا قيمة له»، وكان من الممكن أن تكون فترة المناعة من المرض جد قصيرة قبل أن يتم إدخال إبرة التطعيم في النصف الثاني من القرن التاسع عشر. وكان هناك شعور بأن الأطفال خاصة معرضون للخطر بسبب الخدم الهنود الذين قد ينقلون عدوى المرض «من بيوتهم المعتمة في البازار». وكانت إحدى الحجج التي تستخدم لفرض التطعيم الإجباري في پون (پونا) حتى وقت متأخر يصل إلى 1893، هي حجة أنه إنما قد فرض «نظرا لقرب المدينة من مركز إقامة عدد كبير من الأوروبيين، ولوجود اتصالات متبادلة على نحو دائم بين المدينة وهذا المركز». وحيث إنه كان لا يمكن تجنب قدر معين من المخالطة مع السكان الهنود، فإن إحدى أولويات الطب الغربي في الهند كانت بناء

«حزام صحي» حول المجتمع الأبيض، حيث يكون من أول من يتم اختيارهم للتطعيم أولئك الهنود الأقرب للمجتمع الأبيض، مثل خدم المنازل، والجنود، وحتى العاملين في المزارع. وفي أول الأمر، كان الحافز للحث على المطالبة بمنع التلقيح وعلى جعل التطعيم إجباريا، هو الرغبة في حماية حياة الأوروبيين وليس الهنود. على أنه حدث بعد ذلك بوقت أن تداخلت اعتبارات أوسع تجارية وإدارية بالنسبة للأوروبيين، من أصحاب المزارع والمصانع الذين أدركوا المزايا العملية لتطعيم قوة العمل.

كان معظم الأوروبيين في هند القرن التاسع عشر يؤمنون بالنظرة العلمانية إلى الجدري، وهكذا تكيفوا بسهولة في العقود التالية مع نظرية الجراثيم كسبب للمرض. على أن الجدري بالنسبة لمعظم الهنود كان يحمل معنى دينيا قويا. وهكذا نجد عبر حزام عريض بالهند يمتد من البنجال شرقا إلى مهاراشترا وجوجارات غربا، أن الإلهة سيتالا كانت تعرف بأنها الإلهة المسؤولة عن جلب أو منع المرض. أما في الهند الجنوبية فكانت الإلهة مارياممّا تشارك في بعض من الخواص نفسها. وهناك أمراض وعلل كثيرة تجد لنفسها تمثلا في بانثيون(*4) الهندوسية الشعبية، إلا أن الإلهة سيتالا تتمتع بما لها من أهمية بارزة كإلهة ذات فعالية استثنائية. وهي عندما يتم تمجيدها ومداراتها من خلال الصلاة والقرابين وغير ذلك من صنوف العبادة، فإنها يمكنها أن تمنح الوقاية من المرض أو أن تخفف من آثاره. أما إذا أُغضبت أو أُهملت، فإن غضبها يتخذ شكل الحمّى العنيفة التي تجتاح أجساد ضحاياها، وينتج عنها تشوه يدوم أبدا أو ينتج عنها الموت. ولما كان من المفهوم أن سيتالا هي جبلّيا «الإلهة الباردة»، فقد كانت تقدم لها الأطعمة المبردة وكان ضحاياها يزودون بالمشروبات الباردة وأدوية البلسم الباردة. والمريض الذي يموت بالجدري لا تحرق جثته ـ ومع أن إحراق الجثث ممارسة مألوفة بين الكثير من الطوائف في الهند ـ وذلك خشية إصابة الإلهة بلذع النار مما يزيد من إثارتها.

ولما كان المرض يتبع دورة جد معروفة، فإنه كانت تقام احتفالات سنوية لتكريم الإلهة في أنحاء كثيرة من شرق وشمال الهند أثناء فصل الربيع (فصل مرض الجدري): وكانت تقام في هذا الوقت أيضا مواسم لسيتالا ولحج الناس (وخاصة النساء والأطفال)، إلى المزارات المقدسة الرئيسية

للآلهة (مثل جورجون في جنوب غرب دلهي).

ونجد أنه بالنسبة لمعظم الهندوس (بل أيضا بالنسبة للكثير من المسلمين الذين شاركوا الهندوس في هذا الجانب من الثقافة الشعبية)، أن الإيمان بسيتالا وماريامّا كان جزءا متكاملا من فهمهم الأوسع للمرض وللقوى الخيرة والشريرة. وباعتبار أن سيتالا «إلهة باردة» فإن عبادتها كانت تجسد الاعتقادات الشعبية لمفاهيم متناقضة بالنسبة للتبريد والتسخين في الطقوس والطعام. وبعض هذه الأفكار لم تكن جد بعيدة عن الأفكار التي كانت تشيع عن المرض في أوروبا في القرون السابقة. أما بالنسبة للأطباء البريطانيين في القرن التاسع عشر هم والمبشرين ورجال الإدارة، فإن هذه المعتقدات كانت تعد خرافة عفنة، ليست إلا برهانا على خمول الهنود وجهلهم. وكانت الطبيعة الثنائية لإلهة الجدري (كالحامية والمضطهدة معا) مما لا يدركونه. وبدت لهم فحسب كروح شريرة، وجزء من الجانب المظلم من الهندوسية مثله مثل ساتي وثوجي وقتل الإناث من الأطفال، وهذا كله مما كان الأوروبيون يعدونه منفرا أعمق التنفير. وهذا الموقف من العداء والازدراء جعل البريطانيين في موضع لا يمكّنهم من فهم عناد الهنود إذ يتشبثون بإيمانهم بسيتالا، وهذا أمر كان بالتالي أحد الأسباب لما شاع من نفور فطري من التطعيم غير الإلهي.

التلقيح المباشر بالجدري (التجدير)

إذا كان التعود على مرض مخيف مما يشجع على أن تُجعل له طقوسه، فإنه أيضا يشجع على محاولة التحكم فيه طبيا. والجدري يتلاءم مع هذا الهدف تلاؤما فريدا، فهو يؤدي إلى إنتاج مواد جدرية من طفح جلدي وقشور يمكن نقلها إلى المتلقي أو امتصاصها بالحقن من تحت الجلد، أو ابتلاعها أو استنشاق القشور المسحوقة. ويظل الفيروس نفسه نشطا على الأقل لمدة عام في القشور التي تحفظ بعناية، فإذا تم التلقيح بها على نحو فعال، فإن ذلك يكسب مناعة من المرض طوال الحياة. ونقل المرض هكذا لا يتطلب وجود أي علاقة معقدة مع نواقل وسيطة للعدوى، كما أن الفهم الأساسي لطريقة انتقال المرض من فرد لآخر، لم يكن أمرا يحتاج إلى أن ينتظر أولا الكشوف العلمية التي ظهرت في أواخر القرن التاسع عشر.

ولهذه الأسباب فإن ممارسة التلقيح المباشر أو التلقيح بالجدري ربما تكون قد نشأت على نحو مستقل، في أجزاء مختلفة من أوراسيا وأفريقيا بدلا من أن تكون قد انتشرت من مصدر واحد كما يفترض عموما. ويبدو في الهند أن هذه الممارسة قد تأسست منذ زمن طويل في الشرق، وخاصة في البنجال، أما في الغرب - وخاصة في السند - فإن إدخال هذه الممارسة يُرجع أحيانا إلى الغزوات الإسلامية. والتلقيح المباشر كان يمارس على نطاق واسع في القرن التاسع عشر في البنجال وبيهار والنصف الشرقي من المقاطعات الشمالية الغربية (ما يسمى الآن أوتّار پراديش)، ولكنه فيما يبدو لم يكن منتشرا في غرب الله أباد. وكان هذا التلقيح موجودا أيضا في أجزاء من منطقة الهملايا وتلال البنجاب، وبما هو أبعد غربا في السند وجوجارات وماهاراشترا، كما كان يمتد جنوبا حتى جوا (حيث كان يمارسه رجال الدين المسيحي البرتغاليون). أما في جنوب الهند الدرافيدي، في المنطقة التي حلّت فيها الإلهة ماريامّا مكان سيتالا، فإن التلقيح، وإن كان معروفا، كان يبدو أقل انتشارا بكثير. وحتى وقت متأخر يصل إلى 1801، أي بعد خمس سنوات من اكتشاف چينر للتأثيرات الوقائية لجدري البقر، كان البريطانيون في ولاية مدراس ما زالوا يحاولون حث الهنود على اتباع إجراء التلقيح.

والتلقيح المباشر كما مورس في الهند كان له عدد من الملامح المميزة. فأولا كان ينظر إليه على أنه مما يقر به الدين. وعلى الرغم من أن بعض الهندوس كانوا يعتمدون على عبادة سيتالا وحدها، إلا أن التلقيح نفسه كان بالنسبة للكثيرين طقسا دينيا. وكان من الشائع في البنجال أن يقوم به أفراد من البراهمة[*5] (زعماء متخصصي الطقوس في الهند)، مصحوبا بالأغاني والصلوات التي تتضرع للآلهة للحصول على خيراتها الوقائية. وكانت تقدم قرابين أخرى لسيتالا عند شفاء الطفل من محنة تحصينه ضد المرض. وثانيا، فإن التلقيح المباشر بالجدري كان له ممارسون مختصون به، يسمون في شرق الهند «تيكادار» أو «صانعي العلامات». وحسب ما سرده ج. ز. هولويل عن التلقيح المباشر في البنجال ونشره في 1767، فإن أشهر هؤلاء الممارسين كانوا يأتون من باناراس والله أباد وڤريندابان. على أنه بحلول منتصف القرن التاسع عشر كان يشارك في ذلك أيضا طوائف

أخرى كثيرة، بمن في ذلك «المالي» (طائفة من المشتغلين بالحدائق والزراعة)، و «السندوريا» (بائعو الصبغ القرمزي) في شمال الهند، و «الناپيت» (الحلاقون) في داكا (دكّا). وثالثا، فإن التلقيح المباشر بالجدري كان شكلا من العلاج الطبي يلتمسه أفراد الشعب بأنفسهم ويدفعون له أجرا: وبعكس التطعيم، فإنه لم يكن يعتمد على رعاية الدولة وتدخلها. وكان لأفراد «التيكادار» علاقات طويلة الأمد بزبائنهم في القرى التي كانوا يزورونها كل عام أو عامين، ليلقحوا أعدادا كبيرة من الأطفال في المرة الواحدة.

وفي وضع حيث الجدري يكاد يكون مرضا شاملا، فإن التطعيم المباشر بالجدري كان يمارس على نطاق لم يستطع البريطانيون منافسته، حتى وقت متأخر من القرن التاسع عشر. ولعله كان يوجد في 1871 عدد من العاملين بالتلقيح المباشر في شمال البنجال يبلغ عشرين مثلا للعاملين بالتطعيم. وقدر في 1873 أنه في منطقة واحدة من أوربسّا وحدها، كان مائة من أفراد التيكادار يعملون بحيث ينفذون إجراء 25 ألف تلقيح في الموسم الواحد. وقد أجرت حكومة البنجال في 72 ـ 1873 «إحصاء عن التطعيم» كشف عن أنه من بين 113015 من الأفراد الذين فحصوا، كان 57 في المائة منهم قد تم تلقيحهم، وكانت هناك نسبة من 35ر15 في المائة من الأفراد الذين بقوا أحياء بعد إصابتهم بالجدري وبالتالي فقد اكتسبوا مناعة طبيعية، وظلت نسبة من 42 ,10 في المائة من الأفراد بلا وقاية، أما من تم تطعيمهم فلا يزيدون على 23 ,17 في المائة. بل وهناك تقديرات أخرى يصل فيها عدد من تم تلقيحهم إلى نسبة أكبر تصل إلى 70 في المائة أو أكثر من سكان البنجال في منتصف القرن. ولا ريب في أن التلقيح المباشر بالجدري لم يكن واسع الانتشار هكذا في الأماكن الأخرى من الهند، ولكن هذه الأرقام تعطي بعض مؤشر عن حجم المهمة التي واجهها طب المستعمرات عند محاولته أن يحل مكان منافس محلي.

وقد أصبحت فعالية اللقاح المباشر بالجدري في السنوات الأخيرة موضع بعض الخلاف. ويحاج پيتر رازل بأنه في بريطانيا في القرن الثامن عشر، كان التلقيح المباشر يستخدم على نطاق واسع إلى حد كاف وبالحرص الكافي لأن يحد من معدلات الوفاة بالجدري، ولأن يسبب انخفاضا في المعدل الكلي للوفيات. والنظرة الطبية التقليدية هي الآن مثلها مثل ما كان

في القرن التاسع عشر، تشكك كثيرا في هذه المزاعم، وتؤيد الرأي بأن التلقيح المباشر بالجدري له خطر مزدوج. فالتلقيح بفيروس الجدري الحي يعرض المرضى لخطر نوبة مرض شديدة يحتمل أن تكون مميتة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن المرض عند نقله هكذا يظل بنفس القسوة كما في الحالات التي تتم العدوى فيها بالطريقة الطبيعية، وتكون له قدرة مساوية على نشر الجدرى في شكل وبائي.

ويذكر هولويل بالتفصيل، وهو يصف التلقيح المباشر بالجدري في البنجال، الإجراءات الحريصة التي يتبعها أفراد «التيكادار»، ويطرح أنهم كانوا على وعي كامل بطبيعة المرض المعدية. ويقول إن أفراد «التيكادار» كانوا يستخدمون مواد جدرية قد جمعت في العام السابق: «وهم لا يلقحون قط بمواد طازجة، ولا بمواد من حالة مرض أحدثت بالطريقة الطبيعية، مهما كان النوع واضحا وخفيفا». ويدل هذا على أنهم كانوا ينقلون عن عمد شكلا موهنا من الفيروس حتى يحدثوا رد فعل متوسطا. ويزعم هولويل أن التلقيح نادرا ما كان يؤدي لظهور أكثر من مائتي بثرة، وأحيانا كان ينتج عددا قليلا من خمسين بثرة. وهو يؤكد أنه لم تنتج أوبئة عن التلقيح المباشر «كما يشيع تخيل ذلك في أوروبا».

على أنه بعد 1802، مع إدخال التطعيم في الهند، اتخذ الأطباء الأوروبيون وجهة نظر أكثر انتقادا بكثير للتلقيح المباشر. ويذكر چون شولبريد ثاني مشرف عام للتطعيم في البنجال في تقرير له، أن أفراد «التيكادار» من البراهمة يقرون بأنه تحدث حالة وفاة واحدة لكل مائتين من الزبائن الذين يتم تلقيحهم، مقارنا ذلك بالرقم في أوروبا حيث يموت فرد واحد من بين كل ثلاثمائة حالة. هل يزعم شولبريد، دون تقديم أي برهان على زعمه، أن ممارسة التلقيح المباشر «كانت بلا ريب أقل نفعا بكثير هنا منها في أوروبا». ولعلها كانت تسبب الموت لواحد من كل ستين أو سبعين ممن يلقحون. وبلغ من شدة عداء البريطانيين للتلقيح أن و. كاميرون في 1831، وكان المدير العام وقتها، وصم التلقيح المباشر بالجدري بأنه «حرفة إجرامية» ونادى بأن قمعها، «أمر لا غنى عنه لفائدة الإنسانية».

على أن الأطباء البريطانيين في الهند لم يكونوا كلهم متفقين على هذه النقطة، وإن لم يكن هناك أبدا أي شك في أذهانهم من أن التطعيم كان

ممارسة أكثر تفوقا وأمنا. على أن البعض منهم كانوا يحسون بأن من التهور إلغاء التلقيح المباشر بالجدري قبل أن يصبح التطعيم متاحا بسهولة. وكان ت. أ. تشارلز المدير العام للتطعيم في البنجال في 1869، يعتقد أن منع التلقيح المباشر سوف يشكل «ضررا كبيرا» للناس ما لم يتم توفير التطعيم «كبديل كفء» له. وتشارلز، مثله مثل ج. وايز الجراح المدني في دكا، كان يشك في أن التلقيح المباشر بالجدري يسبب أيا من تلك الأرقام من الوفيات التي تنسبها له وجهة النظر الطبية السائدة في بريطانيا وقتذاك. وكان كلاهما يقدران المعدل المحتمل لتموفاة بما يقارب الواحد في المائة، كما كانا يشككان أيضا في الرأي بأن التلقيح المباشر بالجدري كثيرا ما كان يشعل شرارة الأوبئة. واشتط تشارلز بعيدا في رأيه إلى حد أنه طرح على الحكومة في البنجال، أن تسمح للعاملين بالتلقيح المباشر بالجدري بأن يستمروا في عملهم بترخيصات تمنح لهم، في المناطق التي لم يكن التطعيم بعد متاحا فيها أو مقبولا على نحو واسع. ورُفض اقتراحه هذا باعتبار أنه يشجع على تنفيذ ممارسات غير مرغوب فيها. وأقصى ما كانت تسمح به الحكومة هو أن تجند أفراد «التيكادار» لتدربهم كعاملين بالتطعيم.

التطعيم

كان وفود التطعيم علامة لمرحلة جديدة وحاسمة في تنمية الطب الغربي في الهند. وحتى ذلك الوقت كان الأطباء الأوروبيون يقتصرون في عملهم بما يكاد يكون اقتصارا كاملا على تقديم خدماتهم، حسب احتياجات مجتمعهم الخاص والجنود البريطانيين وأفراد الهنود الذين تستخدمهم شركة الهند الشرقية. ولم تكن هناك أي محاولة جادة لجعل الطب في خدمة الجماهير: بل وكان يوجد أيضا جهل عميق بالأمراض المنتشرة في الهند والحالة الصحية لمعظم السكان. وقد تم إدخال التطعيم إلى الهند في وقت خطير. ذلك أنه كنتيجة للتوسع السريع في الممتلكات البريطانية في جنوب آسيا، أخذ الحكام الجدد للهند يدركون حاجتهم إلى معرفة المجتمع والبلد اللذين يتولون حكمهما بصورة أكثر تفصيلا. ويتضمن ذلك زيادة معرفتهم بأسباب الوفيات وطبيعة البيئة المرضيّة بالهند، والعوامل التي يحتمل أن يكون لها صلة مباشرة بالحياة الاقتصادية بل وبالأمن السياسي

للنظام الجديد. وفي حين كان الطب الغربي وقتها لا يستطيع أن يقدم إلا عددا قليلا من سبل العلاج أو الوقاية، إلا أن الجدري كان له وحده تقريبا وضع «المرض الذي يمكن الوقاية منه». وكان مما يؤمل أنه سيمكن التغلب على الجدري دون الحاجة إلى وجود معرفة طبية معقدة وبتكلفة تبدو زهيدة. وكان يقال أحيانا إنه يمكن بواسطة التطعيم التوصل إلى إنجاز يفوق أي إجراء آخر معروف، سواء كان إجراء من صحة البيئة أم إجراء طبيا.

وقد سارع المجتمع الأوروبي، في تقدير منه (لچينر) بإرسال 7 آلاف جنيه إليه، كتعبير من هذا المجتمع عن شكره لخلاصه هو نفسه من الجدري، وقد توقع هذا المجتمع الأوروبي بثقة أن الهنود سوف يستخدمون، وهم ممتنون امتنانا مساويا لامتنان المجتمع الأوروبي، ذلك الاكتشاف الذي وجدت أوروبا بالفعل أنه قد منحها «هذه الفوائد التي لا تقدر بثمن». وكان هناك أيضا توقع ناتج عن سوء في المعلومات وهو أن الهندوس، بما اشتهر عنهم من تبجيل للبقرة ومنتجاتها، سوف يتمسكون «بأعظم الحماس» بهذه الهدية التي تعد أحدث هبات البقر للإنسان. وكان هناك أيضا المزيد من الاعتبارات العملية موضع النظر. فالنظام لم يكن قد رسخ إلا حديثا بقوة السلاح، ولم ينته بعد النضال ضد الماراثيين. وبالنسبة للنظام وهو هكذا، فإن التطعيم يقدم فرصة يرحب بها لكسب «الشعور الودي من الشعب»، وإعطاء «برهان جديد» على ما لبريطانيا من «نوايا إنسانية وخيرّة». وأعلن لورد بنتينك حاكم مدراس وهو يصدق على الإنفاق على التطعيم في 1805 أنه نفسه «سعيد عندما يتأمل في الأمر، حيث إنه لا يوجد أبدا إنفاق يبذل في أهداف أعظم من ذلك الذي يبذل لإسعاد الأفراد أو إفادة الجماهير». ولكنه يضيف على نحو أكثر براجماتية، أنه في بلد كهذا حيث تستمد الدولة من الأرض جزءا عظيما من دخلها، فإن «كل حياة يتم إنقاذها هي عائد إضافي وفيها إضافة للسكان، ولازدهار مناطق الشركة بنسبة لا تقدر».

على أنه سرعان ما خابت التوقعات بأن التطعيم سيتم تقبله في سهولة وتقدير له. وتبين من بداية الأمر نفور الهنود من الإذعان للتطعيم ومن أن يتولوا هم أنفسهم ممارسته. وشك بعضهم، كما في قرى مدراس، في أن

للحكومة «نوايا شريرة»، فتجمعوا في حشود لطرد الأفراد العاملين بالتطعيم الذين أرسلوا «لنشر فوائد التطعيم بينهم». وقد أكد رد الفعل السلبي هذا لكثير من الأوروبيين وجهة نظرهم السيئة عن الهنود. ويتحدث شولبريد وهو في البنجال 1804 فيصف الهندوس بأنهم «بطبيعتهم يكرهون أي تجديد». ويتهم الطبقات العاملة بأنها ذات «حماقة وعدم إدراك»، لأنها فشلت في إدراك أن التطعيم له «قيمة لا تقدر». أما دنكان ستيوارت المدير العام للتطعيم بالمقاطعة في أوائل أربعينيات القرن التاسع عشر، فهو بالمثل يلوم الهندوس على جحودهم وجهلهم، خاصة «أولئك الذين يتمسكون بعقيدة منحطة، تقيد أفكارهم بالأغلال وتخدع ملكاتهم الفكرية وتعوق تبادلهم لأي مودة ». وهو يزعم أنه «حتى أبسط الفوائد الدنيوية وأكثرها وضوحا وأقلها إثارة للشك»، ستكون غير مقبولة عند الهندوس إذا كانت تستلزم «أدنى انحراف عن العرف القديم». وقد بقيت المشاعر التي من هذا النوع زمنا طويلا في النصف الثاني من القرن. وكمثل، نجد في 1878 أن المفوض الصحي للمقاطعات الشمالية الغربية، يرجع محدودية التأثير للتطعيم إلى «ما عند الناس من خمول طبيعي، ونفورهم من تقبل أي شيء جديد، ومعتقداتهم الدينية غير المقبولة أو تحيزاتهم الطائفية».

توضح لنا هذه الآراء كيف كان يحدث بسهولة وعلى نحو متكرر أن تؤدي الكراهية الفطرية العرقية والثقافية، إلى تعتيم الرؤية عند البريطانيين في أحكامهم الطبية والإدارية. وكان يحدث عموما تجاهل لما لاقاه التطعيم في إنجلترا أيضا من معارضة لها قدرها: وبدلا من ذلك كانت ديانة الهنود وعرفهم وممارساتهم الاجتماعية هي التي تنفرد بتوجيه اللوم لها. والحقيقة أنه على الرغم من أن المقاومة الثقافية كانت بلا ريب عامل إسهام مهم في بطء تقدم التطعيم في الهند، إلا أنها كانت فحسب عاملا واحدا من العوامل المحبطة.

وعلى الرغم من الدعاوى التي كثيرا ما تُساق عن بساطة التطعيم وفاعليته، كانت هناك صعوبات تقنية كثيرة تقف في طريق نجاحه في الهند. والمعلقون، الذين يقارنون بين التلقيح المباشر بالجدري والتطعيم، عرضة لأن ينسوا كيف كان التطعيم في أحيان كثيرة تطعيما فجا غير فعال، وخاصة أوائل القرن التاسع عشر. فأول كل شيء أن الهند كانت فيها

مشكلة إمداد. فجدري البقر كان نادرا في البلد، ولعله كان غير معروف، وحتى تسعينيات القرن كان يتم استيراد الكثير من الطعوم من بريطانيا، وأول طعم وصل إلى الهند في يونيو 1802 من خلال التنقيل بين أطفال يتم تطعيم الواحد منهم من ذراع الآخر، على مدى من بغداد حتى بومباي. وأعقب ذلك أن كانت قشور الفاكسين هي أو أنابيب السائل الليمفاوي(*6) المحكمة الإغلاق، ترسل بالبحر أو تجلب عن طريق البر من بريطانيا: واعتماد الهند طبيا هكذا على غيرها كان فيه صورة منسوخة طبق الأصل لارتباطاتها السياسية والاقتصادية، على أنه كثيرا ما كان يتبين أن السائل الليمفاوي عندما يحين الوقت لاستخدامه يكون قد أصبح بلا فاعلية، وكان هذا أحد الأسباب للمعدل الكبير لفشل التطعيم في الهند. ولا يكاد حال الطعم يرسخ حتى يتم الإبقاء عليه بطريقة النقل من ذراع للآخر (كما في بريطانيا). ولكن ها هنا أيضا كانت تظهر الصعوبات، فكثيرا ما كان تأثير الطعم «يضيع» مع النقل، وكان من الممكن أن يصبح الطعم غير فعال خلال شهور الرياح الموسمية الرطبة المبللة، وأن ينتج عنه «قرح متخشرة(*7) نتنة». وبالتالي كان «موسم التطعيم» في شمال وشرق الهند، يقتصر على الشهور الأبرد» الأكثر جفافا بين سبتمبر ومارس.

وهكذا فما دام التطعيم يعتمد على السائل الليمفاوي المستورد وعملية النقل من ذراع لذراع، فإن مدى انتشار ممارسته في الهند ظل جد محدود. ونجد أنه في بومباي، وهي المقاطعة التي كان التطعيم يجري فيها بأقصى حماس، لم يتم إجراء سوى 446 ألف تطعيم بين 46 ـ 1850، وأضيف لهم 849 ألفا بين 51 ـ 1855. إلا أنه حدث تقدم مهم ابتداء من منتصف القرن. ذلك أنه تأسست مستودعات في مقاطعات الشمال الغربي في تلال كوماؤُن، لتجميع قشور الطعم وسائله الليمفاوي ليتم إمداد مناطق السهول بها: وتم في عام 67 ـ 1868وحده إرسال قشور لما يقرب من 20 ألف حالة. وبدأ قسم التطعيم في بومباي في خمسينيات القرن في تجربة لإنتاج السائل الليمفاوي من العجول، وإن كان هذا سابقا بعشرين سنة للوقت الذي أصبح فيه هذا التكنيك مما يعتمد عليه إلى حد كاف لاستخدامه استخداما عاما. وقد ظلت طريقة التطعيم من ذراع لذراع باقية في أجزاء من البنجال حتى الحرب العالمية الأولى، على أنه بحلول ذلك الوقت كان قد تم إنتاج السائل

الليمفاوي للعجول الذي يحفظ في الجلسرين، وكان ذلك بكميات كافية لإنهاء الاعتماد على الإمدادات المستوردة. وبحلول 1911 كان معهد التطعيم في بلجوم ينتج 600 ألف جرعة من طعم العجول في كل سنة.

نتج عن هذه التغيرات، أن أمكن زيادة حجم التطعيم زيادة جوهرية في أواخر القرن التاسع عشر. وارتفع عدد حالات التطعيم الكلي في الهند البريطانية من 4,5 مليون عملية في السنة خلال أواخر السبعينيات، إلى 6,5 مليون عملية في العقد التالي، وناهز العدد 9 ملايين في السنوات الأولى من القرن العشرين. وحدثت أيضا أوجه تقدم مهمة في التكنيك: فقد حلت إبرة التطعيم في سبعينيات القرن مكان المشرط، واستخدم عدد أقل من الخدوش. وقلل هذا من الضيق الذي كان يصيب الطبقات العاملة كما قلل من خطر وقوع عدوى بالتلوث. وبحلول 1900 أصبح التطعيم عملية أكفأ كثيرا ويعتمد عليها بأكثر مما كان عليه الأمر قبل ذلك بثلاثين أو أربعين سنة.

واستمرار بقاء طريقة التطعيم من ذراع لذراع فيه أيضا ما يلقي الضوء على أحد الأسباب للكراهية المبكرة للتطعيم. فبخلاف ما كان يحدث في التلقيح المباشر من الجدري، حيث تستخدم قشور قديمة تُعّد مقدسة برشها بمياه نهر الجانج، فإن التطعيم كان يجري بنقل سوائل الجسم مباشرة من أحد الأفراد للآخر. وكان هذا بالنسبة لمعظم الهندوس يعد من وجهة الطقوس سببا بالغا للتلوث بما هو نجس، خاصة أنه كان من المعتاد أن يكون أطفال الطائفة الدنيا أو المنبوذين هم وحدهم مصادر الطعم: وكان الآباء من الطوائف العليا يتكبدون أعظم المشاق ليستوثقوا من أن أطفالهم لن يستخدموا بتلك الطريقة. واستخلاص السائل الليمفاوي من ذراع طفل يمكن أن يكون مؤلما بما يثير الذعر. وحسب ما يقوله النقيب الطبيب هـ. ج. ديسون المفوض الصحي للبنجال في 1893:

«كان الطفل وهو في حضن أمه الباكية يلف به حول المدينة أو القرية، وأحيانا كان يؤخذ من قرية للأخرى، وبعد أن يتم استخلاص كل السائل الليمفاوي من الحويصلات التي على ذراعيه، كان من الممارسات الشائعة أن يعمد من يقوم بالتطعيم، إلى المزيد من الاعتصار للقاعدة الملتهبة لبثرات الطعم حتى يحصل على سائل السيرم لإجراء المزيد من التطعيمات».

وحسب خبرة ديسون فإن «الألم الذي يسببه ذلك للطفل كثيرا ما يكون ألما هائلا». والتطعيم يمكن أن ينتج عنه فترات طويلة من المعاناة تسببها «قرح شديدة وعميقة»، وأحيانا كانت تحدث مضاعفات مميتة. وحث ديسون على أنه ينبغي بأسرع ما يمكن أن يحل السائل الليمفاوي للعجول، محل التطعيم من ذراع لذراع حتى إن كانت التكلفة أغلى بكثير.

على أن استخدام السائل الليمفاوي للعجول كبديل كان يخلق مشاكله الخاصة به. فالكثيرون من الهندوس كانوا يؤمنون بأن أخذ السائل الليمفاوي من العجول يستلزم معاناة الحيوانات على نحو غير مقبول. وكانت معارضة هذا الإجراء قوية خاصة في غرب الهند في سبعينيات وثمانينيات القرن التاسع عشر: فرضت بعض البلديات توفير تمويل لهذا الغرض وتعرض المقاولون الفرديون لضغوط بلغ من شدتها أنهم امتنعوا عن التزويد بالعجول لأغراض التطعيم. على أنه بمرور الوقت ماتت المعارضة، وأخذ الكثيرون من الهنود يفضلون بوضوح استخدام طعم العجول عن استخدام الطريقة القديمة من الذراع إلى الذراع. وحدث بعض إحياء المعارضة أثناء (حركة عدم التعاون) في أوائل عشرينيات القرن العشرين، وعبَّر غاندي[*8] عن نفوره الشخصي من التطعيم فوصفه بأنه «عملية قذرة»، وأنه «لا يكاد يختلف عن أكل لحم البقر»، إلا أن آراء غاندي في هذا الأمر لم تنل تأييدا جماهيريا كثيرا، وبحلول ثلاثينيات القرن العشرين كان التطعيم قد كسب قدرا كبيرا من التقبل في الهند.

كانت هناك أيضا أسباب أخرى لكراهية التطعيم. ذلك أن التطعيم، بخلاف التلقيح المباشر بالجدري، الذي كان يجري عادة للأطفال فوق سن الخامسة، كان يوجه أساسا للأطفال تحت سن العام الواحد، وهذه السن كان الكثير من الأمهات يشعرن بأنها أصغر كثيرا من أن تناسب إجراء عملية كهذه. والطعم ينتج عنه رد فعل مخفف - ويُعد هذا إحدى مزاياه في أعين البريطانيين - على أن هذا كثيرا ما كان يؤخذ عند الهنود كعلامة لعدم فعالية التطعيم عند مقارنته بالتلقيح. وزاد ما يحدث من تشكك بسبب المعدل العالي لفشل التطعيم، عند مقارنته بالمناعة المكتسبة مدى الحياة بواسطة التلقيح المباشر بالجدري. وكان هذا أيضا عقبة في طريق إعادة التطعيم: كما كانت هناك عقبة أخرى للإعادة وهي ما يستلزمه ذلك من

تعريض الفتيات في سن ما بعد البلوغ لأن يلمسهن الذكر العامل بالتطعيم.

على أن أحد الاعتراضات الكبرى على التطعيم هي أنه يتسم بالعلمانية. فليس هناك استعدادات إلهية أو طقوسية كما في التلقيح المباشر، وليس هناك ابتهالات لسيتالا؛ ولا طقوس كهانة يؤديها الكهان لتمد بالطمأنينة أثناء وبعد العملية. وإجراء مثل هذا الفعل «اللاديني» كان يُعتقد أن فيه إساءة للآلهة، وهو بلا ريب أبعد من أن يتفق مع التصور الديني للمرض والطب سواء بين الهندوس أو المسلمين. على أنه كان هناك مكان لحل وسط. فعلى الرغم من اعتراض مديريهم، كان بعض الهنود العاملين بالتطعيم (وخاصة من كانوا سابقا من أفراد «التيكادار»، يخففون من العلمانية الفجة لعملهم بأداء القليل من الصلوات والطقوس للإلهة سيتالا. وكان الآباء أيضا يأخذون زمام المبادرة بأن يؤخروا التطعيم حتى يحل يوم ميمون أو ساعة ميمونة، وبأن يستخدموا الكهان لالتماس بركة سيتالا. والتطعيم والتلقيح المباشر وإن كانا يتنافسان من نواح كثيرة، إلا أنهما على الأقل يعدان شكلين من التدخل الطبي يقبلان المقارنة: فالتطعيم يمكن طرحه على أنه شكل أرقى من الوقاية الموجودة. وكانت مقاومة التطعيم أكثر شدة بين المجتمعات القبلية التي ليس لها خبرة سابقة بالتلقيح المباشر، أو بين أفراد بعض المذاهب الدينية مثل الفريزيين، وهم مسلمون أصوليون في شرق البنجال، يعدون أن التلقيح المباشر والتطعيم كلاهما على قدم المساواة شكلان مرفوضان من التدخل في «مشيئة الله».

وفي تباين ملحوظ مع تصوير الاستعمار للطب الغربي كهبة خيرة من حضارة أرقى، فإن التطعيم كان يثير في الكثير من الهنود شكا عميقا في طبيعة الحكم البريطاني وأهدافه. فكانوا يتساءلون عن السبب في أن البريطانيين يحرصون هكذا على وضع علاماتهم (تيكا) على الناس؟ كانت التفسيرات التي تزود بها الشائعات المنتشرة، تفسيرات فيها أن ثمة إحساسا بحقد أساسي أو ثمة فائدة شخصية من جانب البريطانيين على حساب الهنود. وكان يقال إن التطعيم محاولة متعمدة لانتهاك الطائفة والدين، وبهذا فإنها محاولة لصنع الأفراد الذين سيتحولون عن دينهم إلى المسيحية. كما أن أولئك الذين توضع عليهم علامة التطعيم سيموتون فيما بعد معذبين أو أنهم سوف يضحى بهم في سبيل التأكد من أن يحدث بنجاح استكمال

أحد الكباري أو أحد جسور السكة الحديدية. وكان التطعيم مما يخشى أمره على أنه تمهيد لفرض ضريبة جديدة أو للعمل بالسخرة. ومن أكثر ما شاع من الاعتقادات أن البريطانيين إنما يبحثون عن طفل تجري في أوردته دماء بيضاء أو لبن: فهذا الطفل سيكون المخلّص (المهدي عند المسلمين) الذي سيطرد الأجانب إلا إذا أُمسك به أولا وفُتك به. وكانت مثل هذه الحكايات بالنسبة للأطباء والإداريين البريطانيين برهانا إضافيا على جحود الهنود وجهلهم. على أننا عندما ننظر إلى هذه الأمور بطريقة أكثر تعاطفا، سنجد أنها تشهد على عمق عدم الثقة بالحكم البريطاني، وتبين كيف أن التدخل الطبي للدولة يسهل أن يتحد في ماهيته مع الجوانب الأخرى القسرية والأجنبية في النظام الاستعماري.

مسألة جهاز العمل

لما كان البريطانيون واثقين من أن التطعيم سوف يكتسب القبول سريعا في الهند، فإنهم في أول الأمر لم يعطوا بالا للحاجة إلى إنشاء جهاز عمل (وكالة) دائم للتطعيم. وكانوا يفترضون أنه ما أن تصبح ممارسة التطعيم شائعة، فإن الهنود سوف يتولون هذه الممارسة بأنفسهم بأدنى تكلفة للدولة. على أنه لم يمر زمن طويل حتى تبخر هذا التفاؤل المبكر، وأخذ البريطانيون بانشغال متزايد ينظرون في أمر التزام الدولة ماليا بالتطعيم. ونجد أن حكومة الهند كانت في وقت مبكر يبدأ في 1808 تنصح بالحرص في الإنفاق على التطعيم، ثم كانت هناك توجيهات بعدها في 1811 تحث على تخفيض الإنفاق، بمجرد أن تصبح ممارسة التطعيم أمرا شائعا بين السكان الهنود. وفي 1829 قررت حكومة البنجال أن نفقات إدارة ثلاثين مركزا للتطعيم لا تبررها نتائج هذه المراكز، وتم إلغاؤها كلها فيما عدا ستة مراكز.

على أن بومباي أسست برنامجا للتطعيم أكثر طموحا. ووضعت في 1827، خطة بتوجيه الحاكم اللورد ألفينستون لتنفيذ تطعيم السكان الريفيين. وقسمت المقاطعة إلى دوائر، لكل منها فريقها الخاص من المطعمين الجوالين. وكان على هؤلاء المطعمين أن يزوروا كل قرية مرة واحدة على الأقل في كل عام، وأن يوفروا التطعيم مجانا لأكبر عدد ممكن من الأطفال. ويجب أن يكون المطعمون من الهنود، ولكنهم حسب النمط الإداري الشائع في الهند

المستعمرة كانوا يوضعون تحت إشراف مفتشين أوروبيين، كان عليهم أن يختبروا كشوفات المطعمين وأن يتفحصوا عملهم. وكان يُزعم أن لنظام بومباي «ميزتين عظيمتين»: «أنه يأتي بالتطعيم إلى أبواب الناس - الذين كانوا أشد فقرا أو كسلا أو جهلا من أن يلتمسوا التطعيم»، كما أن هذا النظام «يؤكد على أن يقوم الطبيب الأوروبي بفحص كل حالة تمت رعايتها». وبرؤية من نجاح الخطة في بومباي، تم إدخالها في مقاطعات عديدة أخرى (وإن لم تكن البنجال منها)، وذلك في خمسينيات وستينيات القرن التاسع عشر.

إلا أن نظام بومباي كان له أوجه قصوره. فكان هناك تقارير متكررة عن أن المطعمين يقدمون عند عودتهم كشوفات زائفة، فهم يبالغون في عدد الحالات التي تم تطعيمها بالفعل، أو أنهم يكونون أجهل من أن يملأوا الاستمارات بشكل صحيح. وكان من المعتقد أن المطعمين من الطوائف الدنيا لا يحظون باحترام الجمهور، وبصورة عامة كان الرأي أن أمورا كثيرة تقع على عاتق جهاز عمل قليل الشأن ويكاد يكون مما لا يعتمد عليه. وحسب كلمات مفوض صحة البيئة لمدارس 1884: «ما من شيء ينحو إلى الإضرار بقضية التطعيم أكثر من جهاز عمل يتسم بعدم الكفاءة وعدم الجدارة بالثقة».

وبالتالي، فإن تكوين هيئة عمل خاصة بالتطعيم وإنشاء أقسام تطعيم لكل مقاطعة، أمور لم تكن في حد ذاتها كافية لتأكيد نجاح التطعيم. ونجد في البنجال حيث كان يأتي التحدي من التلقيح المباشر بدرجة أقوى من أي المقاطعات، أن الحكومة قد اتخذت سلسلة من الحيل في محاولة لإحلال التطعيم مكان هذه الممارسة المنافسة. وبعد إدخال التطعيم لأول مرة في المقاطعة سرعان ما بذلت المحاولات لتجنيد بعض الأفراد البارزين من «التيكادار»، كمطعمين حكوميين، كما بذلت محاولات لحث أفراد الBانديت[*9] البراهمة، على إصدار بيانات للجمهور بأنه لا يوجد في كتب الساسترا الهندوسية أو في النصوص المقدسة، أي شيء يمنع التطعيم أو يجعل التلقيح المباشر واجبا دينيا. إلا أن هذه الحيلة لم تفد إلا قليلا، وكان يبدو في كلكتا، وهي المقر الرئيسي للسلطة البريطانية في الهند، أن عدد العاملين بالتلقيح المباشر قد زاد بالفعل أثناء أوائل القرن التاسع عشر.

وفي سبعينيات القرن بذلت في البنجال والمقاطعات الشمالية الغربية المزيد من المحاولات لضم العاملين بالتلقيح المباشر لصف الحكومة. وفي 1873 كانت البنجال وحدها تضم عددا يصل إلى 472 من أفراد «التيكادار» السابقين الذين يعملون بين مطعمي الولاية، ووصل عددهم بعد خمس سنوات إلى ما يقرب من الألف. وكان من المأمول أنه بالسماح لهم بأخذ أجر عن خدماتهم سوف يستغني التطعيم بمضي الوقت عن معونة الدولة المالية. إلا أن الخطة لم تلق إلا نجاحا قليلا. فالقرويون لم يكونوا ليدفعوا أجرا عن التطعيم الذي لا يرغبون فيه، ولم يكن المطعمون يستطيعون جمع أجورهم إلا بصعوبة. أما في الماضي فكان العاملون بالتلقيح المباشر يكسبون مبالغ كبيرة ـ فكان أحدهم في قسم باناراس يفخر بأنه يتلقى ثمانين إلى تسعين روبية شهريا ـ ولم يكن هناك إلا عدد قليل منهم على استعداد لتضييع ماله من ربح وكرامة، كواحد من «التيكادار» ليصبح مجرد مطعّم حكومي مكروه يتقاضى 10 ـ 18 روبية كل شهر. والحقيقة أن عددا من الأفراد الذين عملوا سابقا في التلقيح المباشر سرعان ما كانوا يرتدون إلى سابق مهنتهم، وكان للأطباء الأوروبيين أيضا آراؤهم التي تتحيز بشدة ضد تجنيد هؤلاء الأفراد، حيث كانوا ينظرون إليهم (خاصة للطوائف الدنيا من العاملين بالتلقيح المباشر)، على أنهم خسيسون وغير جديرين بالثقة، بل هم بمنزلة الإهانة لمهنتهم نفسها.

كانت إحدى الاستراتيجيات البديلة هي مد النظر إلى ما يتجاوز جهاز العمل الرسمي للتطعيم، وصولا إلى الزعماء الهنود بأمل أنهم قد يستخدمون نفوذهم وسلطتهم، لتشجيع التطعيم بين عائلاتهم وأتباعهم ومن يعولونهم. وكانت هذه الاستراتيجية جد مفضلة في مقاطعات الشمال الغربي، حيث كانت السلطة البريطانية تعتمد اعتمادا شديدا على «رؤساء الشعب وسادته أصحاب الأراضي». وكان من بين من تم بنجاح مناشدتهم مد يد العون «بحكمتهم وإنسانيتهم»، راجات (أمراء) باناراس وبالرامپور وتهري، وذلك في أواخر القرن التاسع عشر. على أن هذه الاستراتيجية حازت نجاحا أقل في غرب الهند وكان هناك صعوبة كبيرة في إمكان حث حكام ولايات الإمارات، على السماح للمطعّمين بالعمل في مناطق حكمهم. أما في المدن فكان ممن يدرجون أيضا في قائمة مناصري قضية التطعيم، موظفو

الحكومة ومحررو الصحف والمحامون والتربويون، على أن بعضا من أصحاب أكبر نفوذ من سكان المدن، كالتجار وأصحاب الدكاكين ومقرضي المال في مارواري وبانيا، كانوا من أشد من صمموا على معاداة التطعيم. وكان هذا في جزء منه بسبب الشكوك الدينية، ولكنه أيضا كان بسبب اتصافهم عموما بمقاومتهم لمعظم تأثيرات التغريب.

وحدثت محاولات لنقل جزء كبير من العبء المالي والمسؤولية الإدارية للتطعيم، لتصبح على عاتق اللجان البلدية والمحلية التي تكونت حديثا، ولم تنجح هذه المحاولات أيضا إلا نجاحا محدودا. فكثيرا ما كان أعضاء هذه المجالس من الهنود غير متحمسين شخصيا بالنسبة للتطعيم، وينفرون من تحويل الموارد المالية المحدودة لمجالسهم للإنفاق على قضية غير محبوبة. وحتى بعد إدخال التطعيم الإجباري بالقانون، كانت الكثير من البلديات عند التطبيق تجر أقدامها في تثاقل، وتفشل في إنجاز العدد المطلوب من التطعيمات.

أدى الشعور بالإحباط بسبب التقدم البطيء للتطعيم، واستمرار معدلات الوفاة العالية من الجدري، واستمرار بقاء التلقيح المباشر بالجدري، أدى هذا كله إلى أن يضغط أفراد المهنة الطبية ضغطا قويا ليتم اتخاذ إجراء تشريعي. وكانت أول خطوة في هذا الاتجاه هي حظر التلقيح المباشر بالجدري الذي أصدره لورد ويلسلي في كلكتا، في سنة 1804 - على أنها كانت خطوة بلا فعالية حتى أنها سرعان ما نبذت، ولم يتم إجراء أي خطوات أخرى طيلة عدة عقود بعدها. وبعد ويلسلي بخمسين عاما أتى حاكم عام آخر هو لورد دالهاوسي الذي أعلن أن من المستحيل حظر التلقيح المباشر، لأن هذا يماثل «إنزال عقاب بالرياح الموسمية». وفي 1872 عارض سير جون ستراتشي عضو مجلس نائب الملك مشروع قانون للتطعيم أعدته حكومة بومباي، وذلك على أساس أن أي محاولة لفرض التطعيم بالإجبار سوف تستثير المقاومة، بل وتجعل التطعيم مكروها أكثر مما هو عليه في الوقت الحالي. وحاجَّ سير ستراتشي بأن «أمرا يتحيز له الناس» لا يمكن التغلب عليه إلا بالإقناع تدريجيا وبضرب المثل. ومرة أخرى تحث حكومة بومباي على فضائل «الصبر وتمرير الوقت»، عندما طرحت قانونا معدلا بعد ذلك بخمس سنوات.

على أنه مع كل مناورات حكومة الهند، إلا أن الإدارات الإقليمية أخذت تصل إلى إدراك وجود حاجة لبعض صيغة من التشريع. وكان مما وفر لذلك سوابق ذات تأثير نافذ أنه تم حديثا في إنجلترا، سن قوانين تجرم التلقيح المباشر بالجدري وتجعل التطعيم إجباريا. وهكذا حُظر التلقيح المباشر في كلكتا وضواحيها عام 1865، وامتد الحظر في 1866 ليشمل القرى المحيطة أيضا. وإذ جابهت حكومة كلكتا أوبئة متكررة، ومع ثقتها في أن لديها الآن كميات طعم تفي بالغرض، فإنها أصدرت في النهاية في 1877 قانون التطعيم الخاص بها. وجعل هذا القانون التطعيم إجباريا داخل مدينة بومباي بالنسبة لكل الأطفال تحت سن ستة شهور، وبالنسبة لكل الأطفال الذين يبلغ عمرهم أقل من أربعة عشر شهرا ممن يأتون إلى المدينة من خارجها، وبعقوبة من السجن لستة شهور أو غرامة من 1000 روبية للوالد أو القيّم. كما حظر التلقيح ومنح دخول المدينة بالنسبة لأي شخص تم تلقيحه حديثا. وتم إصدار قانون مماثل في كراتشي سنة 1879. وأصبح تشريع بومباي أساسا للقانون الخاص بحكومة الهند الذي أصدرته 1880.

تلا إدخال التطعيم الإجباري انخفاض مثير في عدد الوفيات الناجمة عن الجدري في بومباي وكراتشي، وأمد ذلك بالحجة للمزيد من التوسع في الإجراءات القانونية. وحاجت حكومة بومباي بأن النظام الاختياري كان «غير فعال»، وكان هذا بسبب «لا مبالاة الجمهور أو كسله أو جهله» أكثر من أن يكون بسبب الاعتراضات الدينية. إلا أن السلطات الاستعمارية ظلت على حذر. فبصرف النظر تماما عن الاعتبارات المالية، ظلت الإدارة متوترة (خاصة في المقاطعات الشمالية الغربية والبنجاب)، وذلك خشية أن تحدث ردة جماهيرية ضد التدخل الطبي الإجباري. وكان مجرد ظهور إشاعة عن التطعيم الإجباري كافيا لتفجير الرعب والتهديد بالاضطرابات في دلهي في 70 ـ 1871. وحدث رد فعل جماهيري شديد في الفترة 1898 ـ 1900 ضد الإجراءات الإجبارية لمقاومة الطاعون (مرة أخرى كان ذلك في أغلبه في شمال الهند)، وكانت شدة رد الفعل هذه مؤشرا جديدا للمخاطر السياسية التي قد تلازم نزعة التدخل الطبي على يد حكومة أجنبية. وترتب على ذلك عدم سماح حكومة الهند بالتوسع في قانون 1880 للتطعيم إلا بصورة تدريجية: وبحلول عام 1906 كان قد تم إدخال القانون إلى 441 مدينة ومركز

إقامة، تمثل فحسب سبعة في المائة من المجموع الكلي لسكان الهند البريطانية. وشمل القانون عددا قليلا جدا من المدن الصغيرة والمناطق الريفية قبل ثلاثينيات القرن العشرين. وحتى في عام 1950 بعد استقلال الهند بثلاث سنين، لم يكن التطعيم إجباريا إلا فيما يقتصر على 732 بلدية من كل بلديات الهند التي يبلغ عددها 842، بينما يقتصر على أن يصل بالكاد إلى نصف قرى الهند التي يبلغ عددها 408 آلاف قرية.

كان من المشهور أيضا عن قانون التطعيم أن من الصعب فرض تنفيذه. فتسجيل المواليد لم يبدأ إلا في سبعينيات القرن التاسع عشر. وظل التسجيل جد منقوص حتى أن أفراد هيئة التطعيم لم تكن لديهم فكرة واضحة عن عدد الأطفال الذين يحتاجون إلى التطعيم. كذلك فإن المدن الكبيرة مثل بومباي كان فيها عامل آخر لتعقيد الأمور، وهو معدلات الهجرة العالية الآتية من الريف مع وصول مواليد وأطفال كثيرين غير مطعمين ولا مسجلين. وكانت حالات مقاضاة المخالفين قليلة العدد، وسبب هذا في جزء منه هو عدم اهتمام الشرطة وهيئة القضاء والسلطات البلدية. فكانت بعض البلديات في ثمانينيات وتسعينيات القرن التاسع عشر تعلن بصراحة أن قانون التطعيم مجرد «قانون ميت».

وكنتيجة لذلك بلغ عدد الأطفال المتهربين من التطعيم ما يعلو على 20 في المائة حتى في أحسن المناطق الحضرية في التطعيم. وعلى الرغم من أن التحصين كان يخفض من عدد المستهدفين للمرض خفضا له مغزاه، إلا أنه ظل هناك مستودع ذو حجم مهم من الأطفال والبالغين الذين يمكن للجدري أن يواصل انتشاره فيما بينهم. وإذا كانت الأوبئة قد أصبحت أقل تكررا في أوائل القرن العشرين، فإن عدد ضحاياها كان يتضمن نسبة متزايدة من البالغين. وبالتالي فإن الزعم في القرن التاسع عشر بأن التطعيم قد جعل الجدري «مرضا يمكن توقيه» كان زعما لم يتحقق إلا جزئيا. ومن وقت لآخر كان يُحث أثناء ذلك القرن على الحاجة إلى عزل حالات الجدري هي ومخالطيها، ولكن هذا كان يُرفض دائما لأنه يستلزم تدخلا بالغا في حياة الناس ويتطلب جيشا من المساعدين الطبيين لفرض تنفيذه. ومرة أخرى فإن خبرات السنوات المبكرة للطاعون فترة 1886 ـ 1900 بينت الشراك العملية والسياسية التي يحتمل أن تلاقيها مثل هذه الإجراءات.

وبالتالي فإن الجدري لم يجعل حتى من الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها في الهند المستعمرة، ولم يحدث إلا زمن الحملة الدولية للقضاء على الجدري في ستينيات وسبعينيات القرن العشرين، أن تم في النهاية معالجة أمر المرض بطريقة شاملة بما يكفي للتأكد من القضاء عليه نهائيا في الهند.

الاستنتاج

كان التدخل الطبي ضد الجدري في القرن التاسع عشر مقيدا تقييدا جزئيا فحسب، بنقص وجود ما يناسب من المعرف بالوبائيات ونقص تقنيات التحصين. وكان الجدري مرضا معروفا في أوروبا مثله في جنوب آسيا، كما كانت الطريقة الأساسية لانتقال عداوة مفهومة جيدا، أما التطعيم فإن فيه على الأقل إمكانية لوقاية فعالة. والمشاكل التي لاقاها التطعيم في الهند كانت إلى حد ما صورة مرآة للخبرة الأوروبية ـ كنفور الناس من التماس التطعيم (إلا أثناء الأوبئة)، وانخفاض مستوى المناعة المكتسبة (حتى تم إدخال إعادة التطعيم والوسائل المحسنة لحفظ الطعم)، وصعوبة تكوين جهاز عمل مناسب لتطعيم الجماهير. على أن تاريخ الجدري والتطعيم في الهند يعبر في نواح كثيرة عن موقف استعماري، حيث الإدارة تكون ثقافيا وسياسيا بعيدة عن حياة رعاياها.

وقد وفر الإيمان بإلهة للجدري البديل الديني لتفسير سبب وقوع المرض، كما أعطى وصفة للعلاج بطقوس كانت تجري في مجابهة للعلمانية الطبية الغربية. كما شكل التلقيح المباشر أيضا منافسا قويا للتطعيم يدعمه جهاز عمل متخصص وخاص به. وكان التلقيح المباشر يتمتع بثقة الناس كما كان متاحا (حتى أواخر القرن التاسع عشر)، في أجزاء كثيرة من البلاد على نحو أسهل من إتاحة تطعيم الدولة. ولما كانت المؤسسة الطبية البريطانية تحس بازدراء تام للمعتقدات المحلية والممارسات الشعبية، فقد كانت كارهة لأي حل وسط مع الإلهة سيتالا وكذلك أيضا مع التلقيح المباشر بالجدري. ولكن بينما لم يكن من الممكن إثارة أي مسألة عن تحريم آلهة المرض، فإن البريطانيين أدركوا أن استئصال اللقاح المباشر أمر ضروري لنجاح نظامهم الطبي الخاص. وكان هدفهم المطلوب، بمدى ما يتعلق بالتطعيم، هو الاحتكار

الطبي وليس وجود التعدد الثقافي. وعندما وجدت السلطات الاستعمارية أن الإقناع وضم الأنصار وتجنيد الزعماء الهنود للقضية، لم يكن كافيا للوصول إلى الهدف، فإنها في النهاية تحولت إلى إصدار التشريعات لحظر التلقيح المباشر بالجدري، وللتعجيل بالموافقة الجماهيرية على التطعيم. ولما كان التطعيم يعد إجراء أجنبيا لا جذور له في تربة الهند، فقد ظل يعد لزمن طويل أمرا متماهيا مع الحكم الأجنبي، جاذبا إليه الشكوك والمخاوف التي ذهبت إلى أبعد بكثير من مجرد الشك في كفاءته طبيا. وبالتالي، فإن اتسام مواقف البريطانيين بالسلبية بالنسبة لسيتالا والتلقيح المباشر، كان أمرا يتلاءم مع لامبالاة الهنود بالتطعيم والنظام الإجباري الاستعماري، غير المكترث الذي يُعتبر التطعيم ممثلا له.

ثمة صعوبات تقنية عملت على إحباط التطعيم في الهند بدرجة أكبر مما حدث في بريطانيا. فكان هناك مثلا صعوبات من المناخ، وصعوبات في الحصول على ما يكفي من السائل الليمفاوي النقي. إلا أن التطعيم كان مقيدا أيضا بطبيعة النظام الاستعماري نفسه. فالدولة الاستعمارية تنحو لأن ترى أن الأولوية الأولى هي لصحة رعاياها وموظفيها الأوروبيين، وبالتالي فإنها كانت تنفر من القيام بالالتزامات المالية والإدارية اللازمة للهجوم بفعالية على الجدري. وكان مجرد حجم ونفقات هذه المهمة فيه دائما ما يقيم الموانع ضد القيام بها. على أن المواقف البريطانية كان فيها أيضا تضارب محبط. فالتطعيم يرحَّب به كبرهان على تفوق الغرب على الشرق، وتفوق العلم على الخرافة. إلا أنه كنتيجة لحس ثابت بعدم الأمان سياسيا، زاد منه ما حدث من العصيان والثورة في فترة 57 ـ 1858، ودمدمة السخط بسبب الأشكال الأخرى من التدخل الطبي، كنتيجة لهذا كله فإن الدولة جفلت مبتعدة عن تنفيذ برنامج للتطعيم قد يستثير المقاومة والثورة. وبالتالي فإن الخوف من نتائج الإجبار على التطعيم كان قيدا مهما على الدولة، وعلى طموحات نزعة المهنة الطبية للتدخل. وقد شجع ذلك على أن يوجد في هذا المجال من النشاط الاستعماري، كما في مجالات كثيرة أخرى منه، اعتماد أكبر على الإقناع وعلى الوسطاء الهنود وعلى أسلوب التناول التدريجي لتوقعات التغير الاجتماعي.

الحوشي

(*1) الجدري حمى معدية تنتج عن أحد الفيروسات، وتؤدي مع ارتفاع الحرارة إلى ظهور بثور صديدية في الوجه تنتهي بندوب مشوهة. والإصابة بالجدري يمكن توقيها باستخدام طعم واق ـ (المترجم).

(*2) التطعيم Vaccination طريقة للوقاية من الأمراض المعدية وذلك بإدخال جراثيم ميتة أو موهنة، إلى الجسم لتحفز الجهاز المناعي على تكوين أجسام مضادة للجراثيم تقاوم غزوها للجسم. وتطعيم چينر ضد الجدري يستخدم فيروسات موهنة مصدرها البقر المصاب بجدري البقر ـ (المترجم).

(*3) التلقيح المباشر للجدريVariolation أو التجدير، محاولة تحصين الأفراد ضد الجدري بالنقل المباشر لإفرازات وقشور من المرضى بالجدري لجسم شخص آخر، لتحفزه على إنتاج الأجسام المضادة. وكثيرا ما كان ذلك يؤدي إلى الإصابة بحالة عنيفة مميتة أو لها مضاعفات ـ (المترجم).

(*4) البانثيون : هيكل مكرس لجميع الآلهة عند الإغريق ـ (المترجم).

(*5) البراهمة أفراد طبقة الكهنوت العليا عند الهندوس، وينسبون إلى البراهما روح الكون العليا وعلته الأولى ـ (المترجم).

(*6) سائل يتم الحصول عليه من الحويصلات التي تظهر على الجلد ـ (المترجم).

(*7) الخشر نسيج ميت ينفصل عن النسيج الحي ـ (المترجم).

(*8) غاندي: (1869 ـ 1948) أكبر زعماء الهند في عصره وقادها إلى محاولة الاستقلال عن الإنجليز بالمقاومة السلبية، واغتيل على يد متعصب هندوسي بسبب تسامحه دينيا ـ (المترجم).

(*9) الបانديت: عند الهندوس هو العالِم المعلم ـ (المترجم).

4

الطب والسياسات العرقية: صور الماووريين(*1) المتغيرة في نيوزيلندا في القرن التاسع عشر

مالكولم نيكولسون

كان كل المعلقين البريطانيين يتفقون فعليا خلال القرن التاسع عشر كله، على أن الشعوب غير الأوروبية تتصف جبلِّيا بأنها منحطة بيولوجيا وثقافيا. على أنه كان هناك اختلاف في الآراء له قدره بالنسبة للطبيعة الدقيقة لهذا الانحطاط، وبالنسبة لدرجته وإلى أي مدى يمكن علاج أمره. وكما سوف نرى فإن هذه أمور كانت ذات أهمية لها اعتبارها سواء سياسيا أو أكاديميا. وكانت المفاهيم حول قدرة الشعوب المحلية على الاستجابة للتحديات التي يفرضها الاحتكاك بالحضارة الأوروبية، تلعب دورا أساسيا في المناقشات التي تدور حول سياسة العمل المحلية الإمبريالية. ويدلل هذا المقال على أن شهادة العاملين بالطب قد شغلت موقعا محوريا، في هذا الجانب من العصر الفيكتوري بسياسة عمله وإثارته للجدل. وسيدلل

المقال على ذلك عن طريق تفحص مجموعة مختارة من المواقف الطبية في القرن التاسع عشر، وهي مواقف اتُخذت تجاه الشعب الپولينيزي في نيوزيلندا، أي الماووري.

إن جميع من كان لهم اهتمام بتاريخ المواقف الأوروبية تجاه بلاد المحيط الهادي وأعراقها المحلية، جميعهم مدينون أكبر الدين إلى برنارد سميث. ذلك أن البروفيسور سميث قد أجرى دراسة من دراسات البحث، عن الطريق عنوانها «الرؤية الأوروبية في جنوب المحيط الهادي» وهو يوثق فيها، كيف أن تصوير الأراضي والشعوب في جنوب الهادي كان يختلف في نوعه خلال القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، حسب تطور الأسس الاجتماعية لصلة الارتباط الأوروبي بالمنطقة، وهكذا كانت أشكال التفاعل الأوروبي مع جنوب الهادي تتراوح ابتداء من رحلات الاستكشاف، إلى النشاط التبشيري، فالضم إلى الإمبراطورية ثم الاستيطان على مدى واسع، وكان لكل شكل من أشكال هذا التفاعل الأوروبي مفاهيمه الخاصة المميزة، بالنسبة لما يجابهه من الطبيعة الخلوية والأعراق البشرية. ويبين سميث أيضا أن تصوير الشعوب المحلية كان يختلف حسب توجه الفنانين والمؤلفين إلى مختلف الجماهير الأوروبية المتلقية. فالپولينيزيون قد يصوَّرون كهمج نبلاء أو أخساء أو رومانسيين، وذلك حسب ما يكون عليه الفنان وحسب الوظيفة الثقافية التي يقصد أن يؤديها تصوره.

استمد سميث أدلته من لوحات الرسم والنقش المحفور والصحف وقصائد الشعر. ولم يطبق سميث تحليله الاجتماعي على المفاهيم العلمية عن شعوب جنوب الهادي. والحقيقة أنه أدرك أن هناك حالة من الشد بين طرفين، فهناك من ناحية ما يوجد من تقاليد جمالية وأيديولوجية بشأن الطريقة التي ينبغي تصوير الپولينيزيين بها، وهناك من الناحية الأخرى ما يوجد من متطلبات البحث العلمي الإمبريقي. وأدرك سميث أن أفكار الهمجي النبيل أو الخسيس أو الرومانسي موجودة، «على الرغم من الأبحاث الموضوعية للعلماء والمثقفين من المبشرين والرحالة». ويحاج سميث بأنه بعد سنة 1820 أدى «ضياء العلم الموضوعي»، إلى القضاء على التصورات الذاتية الأسبق عن شعوب جنوب الهادي.

ومن الطبيعي أنه لا يمكن إنكار أن الفنون التشكيلية توصلت إلى إنجازات

ذات دقة عظيمة في خدمة العلم في القرن التاسع عشر. على أن المقال الحالي يدلل على أنه قد بولغ في تقدير انتصار الموضوعية في المفاهيم الفيكتورية عن جنوب الهادي. فالآراء الطبية والعلمية عن الماووري في القرن التاسع عشر لم تكن تتحدد بصورة كلية، أو فريدة حسب التدقيق الموضوعي للواقع الإمبريقي. وعلى عكس ذلك نجد أن المعرفة الطبية الفيكتورية عن الماووري قد بنيت تماما على العرف والأيديولوجية، مثلها في ذلك مثل الصور التي أنتجها فنانو القرن الثامن عشر. ومن الممكن أن نجد بسهولة في القرن التاسع عشر ما يكافئ ذلك الهمجي النبيل أو الخسيس أو الرومانسي. وبكلمات أخرى فإن «الرؤية الأوروبية في جنوب الهادي» إذ تساعدنا على فهم مدركات القرن التاسع عشر عن شعوب جنوب الهادي، فإنها تعد وسيلة مساعدة لها قيمة أكبر مما أعلنه مؤلف الكتاب.

سوف نجادل أيضا بأن آراء القرن التاسع عشر عن الماووري، قد استُنبطت ووظفت لخدمة أهداف معينة اجتماعية وسياسية. كان هناك حشد لصور الماووري لأغراض اجتماعية، الأمر الذي يكمن فيه التفسير الكامل لعدم اتفاق الراصدين في القرن التاسع عشر، بالنسبة لطبيعة انحطاط الماووري ومدى ذلك الانحطاط. ووجود مدى من الآراء المتراوحة بالنسبة لقدرات الماووريين وإمكاناتهم، كان فيه بالضبط صورة مرآة لاختلافات علاقات الارتباط السياسي لأوروبا بنيوزيلندا. وهكذا نجد أن المبشرين والسلطات الإمبريالية والمستوطنين، تتبنى كل مجموعة منهم رؤيتها الخاصة عن الماووري. وكانت الخواص المميزة لكل صورة فيها ما يساعد مصالح اجتماعية معينة، للتجمعات السياسية التي استُنبطت هذه الصورة من أجلها.

وسينظر المقال أيضا في أمر بعض مؤسسات الطب الإمبريالي. وسوف يدلل على أن توفير المستشفيات للماووري كان أيضا يتم تنفيذه وقد وضعت موضع النظر تماما أهداف معينة اجتماعية وسياسية. وكما أن جماعات المصالح المختلفة قد شكلت صورا مختلفة عن الماووري، فبمثل ذلك كان بناء المستشفيات للأهالي المحليين يتم لأسباب اجتماعية شتى. ويمكننا أن نجد أن ثمة توازيا دقيقا بين الوظيفة الاجتماعية للمعرفة الطبية والمؤسسات

الطبية، وهذا التوازي الدقيق يمدنا بدعم قوي لأحد الاستنتاجات الرئيسية لهذا المقال ـ وهو أن من الأفضل أن ننظر إلى المعرفة الطبية عن الشعوب المحلية للإمبراطورية بطريقة مفيدة ومادية، باعتبار أنها جزء من تكنولوجيا الإمبراطورية، أداة من الأدوات الكثيرة المتنوعة التي التمست بها الشخصيات الأوروبية الفاعلة تاريخيا، الارتقاء بمصالحها الاجتماعية والمادية في المستعمرات.

الهمج النبلاء عند جون ساڤيج

لم يكن ما وجد من انطباع عن الماووريين في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر بالانطباع الجيد تماما، الذي يماثل الانطباع عن بعض أولاد عمومتهم من البولينيزيين. فبينما اتفقت الآراء على أن التاهيتيين هم المثال الأمثل للهمجي النبيل، كان الاحتمال الغالب أن يصور الماووريون على أنهم المعادل الخسيس لذلك الهمجي النبيل. وقد تأسست هذه النظرة على ما اشتهروا به من أنهم متوحشون يأكلون لحوم البشر. ففي 1772 قتل الماووريون الملاح الفرنسي ماريون دي فريزن هو وبعض بحارته ثم أكلوهم، كما حدثت في سنة 1773 مذبحة «راو». وكل هذا قد وفر الدليل الكافي الذي يدعم هذا الرأي. على أن هذه الإدانة لم تكن توجد على نحو شامل. فحتى أولئك الذين انتابهم الفزع من أكل الماووريين للحم البشر، كثيرا ما كانوا يجدون فيهم صفات أخرى تثير الإعجاب. وقد أبدى بعض المعلقين امتداحهم للماووريين لما لهم من تكوين جسدي رائع ومزايا قتالية، ولتقدمهم نسبيا في تنظيمهم الاجتماعي. ويجسد الوصف الطبي للماووريين في البدايات المبكرة للقرن التاسع عشر هذا المفهوم الأكثر تفاؤلا.

زار جون ساڤيج نيوزيلندا في عام 1806 وهو على ظهر سفينة لصيد الحيتان اسمها «فيريت». ولما كان قد أوقف عن عمله كجراح مساعد لمقاطعة نيوساوث ويلز في أعقاب دعاوى عن سوء سلوكه مهنيا، فإنه اتخذ طريقه عائدا إلى لندن ليستأنف الحكم لدى أيرل فيتز ويليام الرئيس الأعلى للمجلس. ويبدو أنه قد أمضى أسابيع عديدة في (خليج الجزر) ووصفه للماووريين هو وصف واقعي حقا.

«الأهالي المحليون في نيوزيلندا ... من نوع ممتاز جدا، من ناحية مظهرهم

الشخصي، وكذلك أيضا من ناحية مواهبهم من الذكاء... ونجد أن الرجال... لهم أجسام متناسقة تماما ويظهرون علامات واضحة على قوتهم العظيمة. وعموما فإن ملامحهم صريحة... ويكتشف المرء بوضوح وجود علامات على ما لديهم من شجاعة غير هيابة ومن عزم لا يهتز بسهولة».

كما أن لديه أيضا ما يمتدح به النساء:

«إن ملامحهن عموما متسقة وبهجة للأنظار، مع شعرهن الأسود الطويل وأعينهن الداكنة النافذة... وأستطيع أن أتصور بأعين العاشق النيوزيلندي كيف أن أجسادهن ذات التكوين الجميل وملامحهن ذات التنسيق المشوق، وأصواتهن بخبراتها الحلوة كيف أن هذا كله لابد أن يجعل منهن رفقة جد مرغوبة لهذا العاشق، تسري عنه همومه وتنثر الزهور فوق طريقه في الحياة».

وچون ساڤيج لم يعلن قط بوضوح أن طريقة حياة الماووري تفضل طريقة الحياة في البلاد المتحضرة. فهو يتوقف عند ذلك الحد دون أن يعبر تعبيرا كاملا عن فكرة الهمجي النبيل. وعلى الرغم من ذلك، إلا أنه في وصفه لنيوزيلندا يقترب حقا أوثق الاقتراب من مضاهاة توصيفات القرن الثامن عشر لتاهيتي، على أنها جنة الله في الأرض المأهولة بأطفال الطبيعة ذوي الجمال والفضيلة. ولا تقتصر مزايا الماووري على وسامة ملامحهم أو حسن تكوينهم الجسدي. فساڤيج يمتدح تمتع أهل نيوزيلندا بحسن صحتهم بأسلوب يذكر بالأوصاف الكلاسيكية لتاهيتي التي ذكرها بوجانفيل وهو كسورث: «مما لايمكن الشك فيه أن المناخ صحي، ذلك أن مظهر الأهالي وأوصافهم لا يدل أي منهما على انتشار المرض. ولما كانوا على هذا الحال الهنيء فإن ممارسة الطب ظلت حتى الآن مجهولة لديهم. وهو يقول عن طريقة الماووري البسيطة في الحياة: «والأهالي ينفرون نفورا عظيما من المشروبات الكحولية ولم أجد لديهم فيما بينهم أي وسيلة للسكر، وهم بالتالي أقوياء ومرحون ونشطون، ومن المحتمل مما يرى من أمثلة كثيرة أنهم يعيشون عمرا طويلا».

ثم يرتدي ساڤيج مسوح المرجعية الطبية ليصدّق على العري الطبيعي البريء لأطفال الماووري: «إنهم أقوياء ومفعمون بالحيوية ولهم عموما ملامح ممتعة، وحركاتهم متحررة بالكامل من أي ملابس أو قيود، ولاشك في أن

هذا ـ حتما ـ يضع الأساس لما سيكونون عليه في المستقبل من قوة وتكوين بدني صحي».

والماووري وإن كانوا هكذا لا ينالون أي تعليم خاص، إلا أنهم قد نموا في أنفسهم الأحاسيس الأخلاقية والدينية تنمية حسنة. وحسب ما يذكره سافيج فإنهم يعبدون الشمس والقمر كإلهين ويؤمنون بمنظومة من الثواب والعقاب في حال من المستقبل. فهم كهمج لهم ما يخصهم من وعي طبيعي. وهم يظهرون مودة حارة لأصدقائهم وأقاربهم ويعتنون عناية مفرطة برفاه أطفالهم. ويروي سافيج كيف أن قاربا من نوع الكانو(*2) كان يحمل النساء والأطفال إلى السفينة وانقلب في البحر الثائر. واحتالت كل امرأة لتتشبث بجسم القارب الكانو بإحدى يديها وتتشبث بطفلها باليد الأخرى. وأرسل لهم أحد قوارب السفينة «فيريت» وتم إنقاذهم جميعا. وتأثر سافيج بما ظهر بين أفراد الماووري، الذين كانوا فوق ظهر السفينة من قلق على من كانوا في المياه:

«كانت الطريقة التي أبدوا بها تهنئتهم على نجاتهم وما أبدوه من أوجه الرعاية الكريمة التي تلطف من حالهم، كلها مما يليق بالأسلوب الأخلاقي لأرقى الأوروبيين تهذبا... وهذه هي المناسبة الوحيدة التي تقبل فيها الأهالي مشروبا روحيا قويا، فقد أقنعتهم بعد إلحاح بأن يشربوا القليل من النبيذ، وحثتهم ثقتهم بي على تقبله كدواء يمنع آثار البرد؛ على أنهم أبدوا أعظم عناية بصحة أطفالهم بأن اهتموا برعايتهم قبل أن يهتموا بأنفسهم».

ويعلق سافيج في مكان آخر بأن الأطفال «يعاملون بقدر هائل من المحبة الأبوية».

يصور سافيج أيضا المجتمع الماووري في صورة ممتدحة. وحسب وصفه، فإنه مجتمع بعيد جدا عن الفوضى التي تحدث عندما يهتم كل فرد بنفسه فقط، والتي يضفيها بعض المؤلفين على الشعوب البدائية. وبدلا من ذلك فإن لديهم نظاما حضاريا أحسنت تنميته ويحدث فيه على نحو فعال إذعان الفرد للجماعة الاجتماعية:

«العواطف في نيوزيلندا كما في كل البلاد غير المتحضرة هي وسائل الإرشاد الرئيسية لأفعال السكان؛ ولكني أتصور أن أفعال السكان في هذه الجزيرة مقيدة إلى حد بالغ، إما بإشراف وسلطة زعمائهم أو بوجود نزعة

طبيعية إلى التودد... ومن الممكن رصد قدر كبير من الإذعان والمودة فيما بينهم في كل الأحيان».

وفوق ذلك فإن الماووري يصورون على أنهم عرق مسالم على الرغم من المظاهر ومن سمعتهم. ولا يذكر سافيج شيئا عن حالة الحرب الضروس المتوطنة بين القبائل والتي أثارت أبلغ الروع عند المعلقين الآخرين الأوائل. وهو يصف اتجار الماووريين بالفؤوس والقدوم والبلط ولكنه لايذكر شيئا عن الاتجار بالسلاح أو أي تدريب أو ممارسة للمهارات القتالية. بل إنه يشير إلى نيوزيلندا على أنها «جزيرة مسالمة». ومجمل القول أن وصف سافيج للماووريين يكاد يقترب من مثال الهمجي النبيل، بقدر ما كانت تسمح به آراء القرن التاسع عشر عن الشعوب البدائية. فنيوزيلندا جنة عدن الأسطورية التي لم ينلها الفساد حيث الطبيعة سخية والإنسان بريء وسعيد:

«هناك بعيدا تقع جزيرة في البحار الجنوبية، حيث الأرض البراح ونعمة السماء الصحو، وحيث يسكن في ظل أيك لاتذبل أبدا، الأهالي الودودون، يجولون بلا خوف، فيما حولهم من غابات سامقة وسهول، ومياه ممتدة ومصادر شتى لثروة وافرة».

وكما لاحظنا من قبل، فإن سافيج لم يزعم أبدا أن أسلوب حياة الماووريين يجب أن يفضَّل على أسلوب حياة الرجل المتحضر. ومن الناحية الأخرى فهو غير مقتنع بأن الحضارة الأوروبية فيها ما يعد بفوائد كثيرة للماووري. وعلى العكس فإن زيادة الاحتكاك بالأوروبيين سوف تجلب مخاطر كثيرة. وسافيج في اتباع للمعقبين الأوائل الذين تنبأوا بفساد أمر تاهيتي، يخشى من أن نيوزيلندا جنة الأرض يتهددها خطر مميت. فهناك مثلا حاجة بالفعل إلى وجود الطب بعد أن لم يكن هناك فيما سبق أي حاجة إليه:

«أخشى كثيرا أن زيارات بعض السفن الأوروبية قد جعلت من العون الطبي المهني أمرا ضروريا، لتوقي سقوط عدد كبير منهم كضحايا لأمراض جد أليمة». لقد أصبح السقوط وشيكا. وسوف تقوم الأمراض التناسلية بدور الأفعى في الجنة:

«دعنا ننظر للحظة الآثار العملية عندما تقع هذه الأمراض في نيوزيلندا، لدينا عرق من الناس هم حتى الآن يستمتعون بتكوين جسدي سليم وصحي

إلى حد رائع. سيحدث على الأرجح تغير هائل خلال أجيال معدودة. فأطفال الآباء المصابين بالمرض سينمون على هيئة عرق ضعيف، وسنجدهم في أمثلة كثيرة تعساء ومنفرين معا، ولن يشبهوا في أي شيء سكان الجزيرة بما كانوا عليه من شجاعة وقوة احتمال، قبل اتصالاتهم التعسة بالإنسان المتحضر».

ويكتب ساڤيج بالأسلوب النمطي للسجل اليومي لرحلات القرن الثامن عشر. ويزودنا بوصف ممتع حيوي ومحبب لأشياء جد بعيدة وغريبة وعجيبة. على أن من الواضح أنه يقصد أن يستخدم وضعه ومرجعيته كرجل طب، بحيث يؤكد كما ينبغي على مصداقية شهادته. وفي وقت لم يكن قد نشأ فيه بعد علم الأنثروبولوجيا الرسمي، من ذا الذي يستطيع إذن أن يصف ما بين صنوف البشر من فوارق بأفضل من طبيب متمرس؟ ولما كان ساڤيج بارعا في رصد خصائص الإنسان الأوروبي، فقد تمكن بسهولة من تمييز اختلاف الأجناس الأخرى عن هذا المعيار. وبالتالي فإنه ينبغي النظر إلى كتاب ساڤيج على أنه يسهم في إنشاء نوع من الأنثروبولوجيا الطبية، وكتابه مع كتب مؤلفين آخرين مثل بريتشارد ولورنين وويلز، قد نالت كلها رواجا له قدره فى العقود القليلة الأولى من القرن التاسع عشر. وكما سوف نرى فإن أرثر تومسون أصبح أيضا مثالا متميزا بالنسبة لنيوزيلندا.

وبخلاف الأطباء الآخرين الذين سنناقشهم في هذا المقال، يبدو أن ساڤيج لم يكن لديه أي غرض سياسي بعينه يهتم به شخصيا عندما وصف الماووريين. ولعله كان يكتب لينال لنفسه حظوة عند أيرل فيتز ويليام الذي أهدى له الكتاب والذي كان يمسك بين يديه بمستقبل ساڤيج المهني في الخدمة العامة. ويبدو على نحو أكيد أن العمل على تسلية فيتز ويليام كان أحد الدوافع الرئيسية لأن يأخذ ساڤيج معه شابا من الماووري عند عودته لانجلترا. وإذا كان هذا مقصده حقا فيبدو أنه قد نجح فيه حيث أُسقطت كل التهم الموجهة إليه ومنح وظيفة في شركة الهند الشرقية. ومن حيث هدفنا من هذا المقال، فإن تصوير ساڤيج للماووريين على أنهم همج نبلاء (أو ما لايكاد يختلف عن ذلك)، يزودنا بمثل يوضح كيف أن مفاهيم القرن الثامن عشر التقليدية عن الماووري ظلت باقية في القرن التاسع عشر. وسوف نرى فيما بعد أمثلة أخرى لذلك في هذا المقال. وتقييم ساڤيج

للأهالي المحليين في نيوزيلندا والذي يقدر فيه الأمور حق قدرها تماما، هو أيضا تقييم مفيد كعلامة قياس تقيَّم بها الآراء الطبية عن الماووري التي ستوجد لاحقا في ذلك القرن. وسنجد أنها كلها أقل إيجابية من تقييم ساقيج، ويختلف كل تقييم منها عن الآخر حسب طريقته الخاصة المميزة.

الطب التبشيري: همج رومانسيون

في 1834 أرسلت البارجة (ألّيجاتور) من نيوساوث ويلز إلى نيوزيلندا، في حملة تأديبية ضد قبيلة تاراناكي الماوورية التي قتلت بعضا من بحارة سفينة لصيد الحيتان وأخذت البعض الآخر منهم كأسرى. وجُرح زعيم محلي في كمين بين رجال القبيلة وقوة هجوم أرسلت من السفينة (أليجاتور). وعالج جراح السفينة ويليام مارشال، ذلك الزعيم من جراحه. وكتب مارشال تقريرا أبدى فيه إعجابه العظيم بشجاعة الزعيم واعتزازه بكرامته وسرعة تماثله للشفاء. ومن بين ما كتبه مارشال أن جراحا مثل تلك التي أصابت الزعيم كانت «ستقتل مباشرة أي رجل له بنية جسد أوروبية»، ولكنها فيما يبدو كانت لا تسبب للزعيم إلا «قليلا من الضيق فيما عدا ضعفه الناجم عن النزيف الشديد». وحسب مارشال فإن هذه القدرة على المقاومة أمر نمطي عند الماووريين. وهو يرجع قدراتهم الاستثنائية على استرداد عافيتهم إلى حقيقة أن أجسادهم لم تضعفها وسائل الرفاهية الأوروبية من خمور وإسراف في الطعام:

«فيما يتعلق بهؤلاء الذين يتكون طعامهم أساسا من الفاكهة والخضراوات، وشرابهم هو ما تمد به الخليقة في أنقى الأشكال وأبسطها، أي مياه النهر أو الغدير، ولا يشربون إلا نادرا وبكميات صغيرة، يمكننا جدا فيما يتعلق بهم أن نتوقع أن تكون بنية أجسادهم، بحيث تستطيع أن تقاوم أي نوع تقريبا من العنف».

وبالإضافة إلى ذلك، فإن الماووريين في غنى عن أداء «الحرف الضارة والمهن الخاملة». فهم لا يعانون من شرور الحضارة ولا ما فيها من عوامل تثير القلق. فالماووريون أقرب إلى الطبيعة وبالتالي فإن المرء يجد أن «القوة الطبيعية للشفاء»، ترقى في أجسادهم إلى أعلى درجة ممكنة من الكمال. ووصف مارشال هكذا مشابه جدا في بعض النواحي لوصف چون

ساقيج. على أن من المهم أن نلاحظ أنه على الرغم من أوجه الشبه هذه، إلا أن نظرة مارشال للماووري تختلف في عدة جوانب مهمة عن مثال الهمجي النبيل. فالرأي بأن سكان جزر جنوب الهادي وهم في حالتهم الطبيعية يعدون من أفضل البشر حظا، لم يكن رأيا يروق كثيرا لأولئك الذين يرون أن من واجب الأوروبيين العمل على تحسين أحوال جموع الشعوب البدائية بإدخالهم إلى المسيحية. والمبشرون وإن كانوا يشددون تشديدا قويا على فجور الشعوب الوثنية، إلا أنهم لم يكونوا ليسعدوا تماما بالفكرة المضادة عن الهمجي الخسيس. فالخسة المطلقة أمر لا يمكن التسليم به دون إضعاف لقضية المبشرين، حيث إنها قد تحمل تدليلا تعسا على أن الشعوب البدائية تعجز عن الاستجابة للتأثيرات الحضارية أو لرسالة المسيحية التي ترقى بالإنسان. فأنصار نشاط الكنيسة في البحار الجنوبية يفضلون كثيرا النسخة المعدلة من الهمجية النبيلة، التي أطلق عليها برنارد سميث فكرة «الهمجي الرومانسي». ولا ريب في أن البولينيزيين كانوا وثنيين جهلاء تعساء، ولكنهم وثنيون لديهم صفات إيجابية حقيقية واقعية فيها إمكاناتها - صفات يمكن تخليصها واستكمالها بالمسيحية والحضارة. وقد عبرت ماري متفورد عن هذا المثال بصورة جد حيوية في قصيدتها «كريستينا»، التي ألفتها عن جزيرة بيتكيرن ونشرت في 1811. وهي ترى أن ثمة نظاما اجتماعيا جديدا ينشأ في البحار الجنوبية، وقد تأسس على توليفة حكيمة بين مزايا الحضارة المسيحية كجمع الفضائل القوية للحياة الهمجية الطبيعية.

ومارشال نصير عنيف لعمل المبشرين على تحضر الماووري وتحويلهم إلى المسيحية. وهو يزودنا بإحدى النسخ عن فكرة أن الماووريين همج رومانسيون، وهي في الواقع نسخة يبرهن عليها الطب فيعطيها مرجعيتها. وكما أنه يظهر تقديره لقوة بنيتهم الجسدية فإنه أيضا يبدي إعجابه بأجسام محاربي الماووري الطويلة ذات التكوين الرياضي. وهو يعلق مادحا بطولتهم الفردية وشجاعتهم تحت نيران القتال، ويلاحظ كيف أنهم عندما يخلون قرية محاصرة، فإنهم في محاكاة لا واعية لأحسن تقاليد الأسطول البريطاني، يخلون النساء والأطفال أولا. وهو يرى أن ملبسهم أنيق وأن بيوتهم قد بنيت ببراعة وجمال. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم ليسوا محرومين

من الحس الأخلاقي، ذلك أن لديهم إيمانا طفوليا بوجوب مراعاة قواعد المباراة النزيهة كما تم الاتفاق عليها، وإيمانا طفوليا بالكرامة الشخصية. بل حتى خرافاتهم ليست فاسدة بالكامل، بما يدل على أن الماووري لديهم الإمكان للتوصل إلى روحانية أرقى. فهم فحسب ينقصهم التنوير:

«وسط الضباب الكثيف من خرافات الأهالي المحليين يبدو بصيص من الضوء مرئيا هنا وهناك، وإن كان معتما شاحبا ومؤقتا: ذلك أنه يبدو أن الناس يميزون من بين حقائق أخرى وجود اختلاف بين الروح والجسد، وهم يفعلون ذلك قبل أن يتلقوا أي تعليم من وعاظ الكتاب المقدس. كما يبدو أن الوجود المستقل للروح بعد الموت أمر يقر به الناس عموما».

ولا ريب في أن مارشال يعتبر أن الماووري فجار ومدمنون للرذائل. وهذا هو أهم فارق بين رأيه ورأي ساڤيج. فهم «برابرة تعساء» في «حالة همجية بائسة». وهم جهلة وجشعون ويصل بهم ذلك أحيانا إلى أن يكونوا قساة بلا قلب. ويشيع بينهم سوء معاملة النساء والعبيد. وحالة الحرب بمنزلة داء متوطن بين القبائل. ويمارس المبشرون عملهم «وسط مشاهد دموية»، وقد «أحاط بهم كل ما هو مفعم بالوحشية». ولكن مارشال يواصل تأكيد أنه مع وجود الإرشاد الملائم أخلاقيا وروحيا، يصبح الماووري قادرا على أداء الأمور أداء أفضل كثيرا. وهو يرفض غاضبا فكرة أنهم «غير قابلين للإصلاح».

من اللوازم الفكرية التي تتردد كثيرا في كتاب مارشال المحاجة بأن الفاسدين من الماووري، هم في الواقع أفضل من تلك الأنواع السيئة من الأوروبيين الذين «أدى بهم انفصال الحضارة عن المسيحية، إلى أن يجعلهم أكثر همجية بمائة ألف مثل عن أحط الأبوريجينيين[*3] في أرض الوثنية. وهو ينتقد بمرارة المعركة الحربية الوحشية وغير المنضبطة التي قامت بها السفينة (أليجاتور) ضد «الهاپو» في كيب إجمونت. وفي هذه الحالة «كم كان سلوك همجيي نيوزيلندا سلوكا أرقى» من سلوك البريطانيين، الذين يقال عنهم إنهم مسيحيون.

كما أن مارشال مقتنع بأن الاحتكاك الأوروبي كان أبعد من أن يكون نعمة خالصة للماووريين. وهو يجادل بأن مهنة البغاء مع السفن الأوروبية قد سببت الكثير من حالات العقم وسوء الحالة الصحية بين نساء الماووري. وعموما فإن تجارة سكان نيوزيلندا مع العلمانيين أثرت تأثيرا مهلكا فيهم:

«فإلى جانب أن هذه التجارة قللت من توافر السكان في الغابات ونشرت بين الأهالي داءها القذر الرهيب، نجد أن التجار كانوا يعودون من موانئ نيوزيلندا وقد زادوا أنفسهم ثراء، بينما يخلفون البلد دون أي تحسن ينتج عن زياراتهم، وإنما يصاب أصحابها من الأبوريجينيين بأضرار . يقر مارشال بوضوح بأن هدفه من نشر سجل ملاحظاته عن نيوزيلندا، هو أن يوفر دعما ماليا وسياسيا للنشاط التبشيري. فأرباح كتابه ستذهب إلى جمعية الكنيسة للتبشير «لتتوسع مباشرة في أعمالها في نيوزيلندا». وتمهيد الكتاب موجه إلى اللورد جلينلج وزير المستعمرات. وهو يتوسل إلى مقام اللورد ليستخدم نفوذه السياسي «في مصلحة أهالي نيوزيلندا، والأبوريجينيين عموما في البلاد البربرية... الذين لم يخبروا حتى الآن أي عدل ولا رحمة على أيدينا كأمة».

كان توقيت نشر كتاب مارشال له مغزاه البالغ الأهمية. ففي 1836 كانت جمعية الكنيسة للتبشير متورطة تورطا عميقا في خلاف واسع النطاق، مع الرابطة النيوزيلندية التي نشرت حديثا خططها لإنشاء مستوطنات بريطانية كبيرة في نيوزيلندا . وهاجم الطرفان معا بعنف وزارة المستعمرات بإطلاق قذائف لا تنقطع من المنشورات والوفود . وكانت الرابطة النيوزيلندية تجادل بأنه إلى جانب تعزيز ما يعم من الخير الشامل بالتوسع الإمبريالي، فإن المستوطنات الأوروبية العلمانية ستكون مفيدة للماووري لأنها ستبين لهم مزايا الحضارة. أما جمعية الكنيسة للتبشير فكانت تجادل بأن زيادة علاقات الاتصال مع الأوروبيين ستكون ضارة بالماووري، كما كانت ضارة بالهنود الحمر الأمريكيين وبالأبوريجينيين الأستراليين. وسيؤدي تدفق المستوطنين تدفقا كبيرا إلى الإقلال من التأثير المفيد للنشاط التبشيري، وسيضعف من التأثير الحضاري الذي يمارسه المبشرون حاليا . وينبغي ألا يسمح بالهجرة إلى نيوزيلندا على نطاق كبير. وكتاب مارشال هو بوضوح جزء من ذلك الجهد المتصل لجمعية الكنيسة للتبشير في سبيل إقناع البرلمان والوزير لإحباط خطط رابطة نيوزيلندا . والحقيقة أن مارشال كان عليه أن يعتذر عن تدخله «لمتابعة خط قافلة هائلة كهذه في حضرة وزير الملك ومجلسه، رافعا التماسا متواضعا يضاف لالتماساتهم الأخرى».

ويوفر مارشال الأدلة الطبية لدعم القضية التبشيرية بطريقتين. فهي

أولا، تبرهن على أن الماووريين ليسوا منحطين بالضرورة أو بما لا يقبل الخلاص منه، وبالتالي فإن محاولة هدايتهم للمسيحية ليست محاولة بلا جدوى. وثانيا، فإنها توضح أن الاتصال بالأوروبيين العلمانيين أدى بالفعل إلى أن يضر في الواقع بالماووريين. وهذه نقطة سياسية مهمة لأن بعثات الكنيسة للتبشير كثيرا ما كانت تُنتقد في نيوزيلندا وكذلك أيضا في بلاد أخرى، لأنها تعوق بلا ضرورة وبأنانية تنمية التجارة والاستيطان، الأوروبي العلماني. ويجادل مارشال بأن المبشرين عندما يعارضون الاستيطان إنما يدفعهم إلى ذلك أنهم يختارون ما هو أفضل للماووري. وينبغي أن يزداد نفوذ البعثات التبشيرية وسلطتها بحيث تتم حماية الماووري حماية أفضل، إزاء أولئك الأوروبيين الذين من النوعية الخطأ، وكذلك حمايتهم من أن يُستغلوا استغلالا بلا ضمير.

يحدد مارشال أداتين رئيسيتين من أدوات النزعة التوسعية البريطانية، على أنهما تضران برفاه الشعوب المحلية، وبالتالي فهما لا تستحقان دعما من الوزير مثلما يستحقه النشاط التبشيري. وأولى الأداتين هي: جبروت العسكرية الإمبريالية الذي يدينه ما حدث بمعركة كيب إجمونت من التدخل تدخلا بلا جدوى: «وسنجد أن هذين الجزأين من روايتي (أنا) للقصة يوضحان في مفارقة ملحوظة، التأثيرات جد المتعارضة التي أحدثتها من جانب البعثة التبشيرية المسيحية في عقول وأخلاقيات الأهالي، وتلك التي أحدثتها من الجانب الآخر الحملة العسكرية في رفاه الأهالي وفي ممتلكاتهم».

يبدي مارشال ذكاء سياسيا وهو يجادل بأن المبشرين ينشرون السلام بما هو أفضل من الجنود، ذلك أن وزارة المستعمرات كانت مشغولة أشد الانشغال بالتكلفة الباهظة، التي ستتكلفها عند توفير حماية عسكرية للمستعمرة البريطانية الجديدة في نيوزيلندا البعيدة أقصى البعد.

وكان الهدف الآخر لمارشال هو من أمور الاقتصاد السياسي. فالمنطق الأساسي الذي كانت الرابطة النيوزيلندية تستخدمه في دعم خططها بشأن المستوطنات، منطق يستند أكثره إلى ما كان رائجا وقتها من نظريات آدم سميث وريكاردو، التي عدّلها إدوارد ويكفيلد إلى نظرية منهجية للاستعمار. وكانت هذه الأفكار بالنسبة لمارشال مجرد أسلحة غير إلهية في المعركة

التي بين الكنيسة وشيطان المال من أجل أرواح الماووري:

«وكما أن وجود السم، الذي يحسب مقداره، في وصفة الطبيب الحكيم يسهم في شفاء المريض، فإنه يماثل ذلك وجود تلك الآفات التي تصعق تخمينات الاقتصاديين السياسيين، بشأن أفضل الطرق للارتقاء بالقبائل الوثنية من انحطاطها الأخلاقي والاجتماعي، إلى مراتب الكائنات المتحضرة حتى تتخذ لنفسها وضعا بين أمم الأرض، فهذه الآفات والتخمينات قد تفيد في أن تبين لنا في تباين أوضح كيف أن أقل ما عند الله من حكمة يفوق كل حكمة الإنسان».

ينبغي أن نُبقي في ذهننا أنه من حيث تاريخ نيوزيلندا، فإن عام 1834 - عندما أبدى مارشال ملاحظاته هذه - يعد زمنا مبكرا جدا. فنيوزيلندا كانت آخر الممتلكات التي تم ضمها واستيطانها. وقبل وصول المبشرين في 1815، كان المستوطنون الأوروبيون كلهم يتألفون فحسب من تجار معدودين يزودون الماووري بالبضائع الأوروبية، ويستخدمون السفن لينقلوا إلى نيو ساوث ويلز الأخشاب والكتان وبعض منتجات الماووري الزراعية. وكانوا أيضا يزودون بحارة سفن صيد الحيتان الزائرة بالطعام ومشروب الروم والنساء الماووريات. ولعل السكان الأوروبيين كانوا لا يتجاوزون الألفين حتى أعلنت بريطانيا رسميا سيادتها في 1840.

بحلول ثلاثينيات وأربعينيات القرن التاسع عشر أصبح من المتفق عليه اتفاقا واسعا في بريطانيا وكذلك في الخارج، أن الاحتكاك بالأمم المتحضرة يؤدي عموما إلى تأثيرات خطيرة ضارة بالأعراق المحلية. وكان يقر أيضا بأن عدد السكان من الشعوب المحلية يتناقص، بل يصل حتى إلى حد الانقراض، وذلك عند إخضاعهم للسيطرة الأوروبية. أما أسباب ذلك فكانت مثار خلاف له قدره. على أنه كان هناك ملاحظون كثيرون على استعداد لأن يرجعوا سبب هذا الانخفاض العددي في جزء منه على الأقل، إلى أنه يعود مباشرة إلى الإدارة الأوروبية العدوانية النشطة. وقد حدثت قلاقل جماهيرية بسبب ما لاقاه السكان الأبوريجينيون في أستراليا من معاملة وحشية، وأدى ذلك إلى تقرير كتبته لجنة مختارة من مجلس العموم في 1837. ووجه التقرير نقدا عنيفا إلى وزارة المستعمرات، لأنها كما يذكر التقرير قد سمحت «بإطلاق النيران على سكان تسمانيا وكأنهم كلاب».

وبالإضافة إلى ذلك فإنه مع إنشاء (جمعية حماية الأبوريجينيين) في 1837 أصبح يوجد بذلك وقتها في لندن جماعة ضغط منظمة محبة للإنسانية ولها صوت مسموع، وكان أحد اهتماماتها الرئيسية هو رفاه الشعوب المحلية في الإمبراطورية. وكان من المفيد سياسيا للحكومة البريطانية أن تظهر على الأقل وكأنها تبذل في هذا الصدد محاولات أقوى في أحدث مستعمراتها، أي في نيوزيلندا. وبالتالي، فإنه على الرغم من أن شركة نيوزيلندا (كما سميت الرابطة لاحقا) قد سمح لها في النهاية بمواصلة خططها للاستيطان، إلا أن محاولات المبشرين لتنصير الماووري وحمايتهم تلقت، كما كان مارشال يأمل، عونا مبكرا من السلطات الإمبريالية. حاولت وزارة المستعمرات أيضا أن تستخدم مصادرها السياسية الخاصة لمنع التجار والمستوطنين الأوروبيين، من الانغماس في أسوأ التجاوزات، مثل وضع اليد والاستغلال والقسوة الوحشية. وكان الحكام الأوائل يكلفون بحماية مصالح الماووري على أن ذلك من مهامهم الرئيسية ذات الأولوية.

منذ البدايات الأولى لنشاط إرساليات التبشير في نيوزيلندا، أخذ المبشرون يوفرون للماووريين بعض قدر من الرعاية الطبية محليا أو في المناطق النائية، وذلك كحافز لهم ليأتوا إلى الإرساليات. على أن أول إرسالية طبية، سميت كذلك، لم تصل إلا في 1837 عندما أقام دكتور صمويل فورد إرسالية طبية قرب ما يسمى الآن أوكلاند. وفي 1842 افتتحت الليدي مارتن أول مستشفى للماووريين عند خليج چدچِز في الجزيرة الشمالية. وبصرف النظر عن اعتبار المستشفيات كأدوات بر مسيحية، فإن المبشرين كانوا يأملون أيضا في أنها ستسهل هداية الأهالي للمسيحية، فالماووريون سيتعرضون أثناء فترات مرضهم ونقاهتهم الطويلة للخدمة الكهنوتية الربانية المتواصلة حيث كان يؤمل أن يكونوا وقتها مستهدفين بالذات لذلك.

كان المبشرون الأطباء الأوائل يتفقون على حقيقة أن عدد الماووريين ينخفض، وكانوا يرجعون هذا الانخفاض لتأثير مداومة الماووري على الخطيئة والوثنية. وأشاروا إلى الانحلال الجنسي وممارسة قتل الأطفال واستمرار الحروب بين القبائل، على أنها الأسباب الرئيسية للانهيار الوشيك للماووريين كشعب. على أن المبشرين أرجعوا أيضا بعض المسؤولية على أولئك الأوروبيين الذين لا يعترفون، بما للمبشرين من حقوق في السيطرة

العادلة، ويتاجرون مع الماووريين بالكحول والبنادق، أو يؤثرون فيهم بسبل أخرى تأثيرا أخلاقيا مهلكا. ويكمن الحل حسب المبشرين الأطباء في مزيد من نشاط الإرساليات، والحد من الهجرة وزيادة إحكام سيطرة سلطة الكهنوت على المجتمع الأوروبي.

الطب الإمبريالي: دمج الهمج

مع تزايد عدد السكان الأوروبيين ابتداء من 1840 وما بعدها، تبنت الحكومة الإمبريالية سياسة ما سمى بأنه «الدمج العرقي». فكان يؤمل أنه على طريق الدمج الانتقائي للماووري في المؤسسات الأوروبية، وإعطائهم حقوقا معينة قانونية ومدنية، وإعادة تعليمهم بالطرائق الأوروبية، كان يؤمل أن يتم عن طريق ذلك إخضاع القبائل للهيمنة الأوروبية ويؤمل كذلك منع تآكلهم بالكامل، حسب النمط الذي أصيب به الأبوريچينيون الأستراليون. صممت سياسة الدمج للتوصل إلى أهداف إمبريالية بوسائل سلمية، بما يسترضي جماعة الضغط الإنسانية في لندن، ويتجنب نفقات إرسال أعداد كبيرة من القوات الإمبراطورية إلى نيوزيلندا.

عملت المؤسسات الطبية هي والمعارف الطبية معا كأدوات لهذه السياسة. وفي 1846 عين السير جورج جراي حاكما، وكان أول ما قام به أنه طلب من وزارة المستعمرات في لندن تخويله السلطة، لاستخدام موارد إمبريالية لإقامة المستشفيات في نيوزيلندا. وكانت هذه المستشفيات ستفتح للمرضى الماووريين والأوروبيين معا. وهذه السياسة لتوفير مستشفى اندماجي بالكامل، هي في حدود ما يعرفه كاتب هذا المقال شيء فريد بالنسبة للإدارة الاستعمارية البريطانية، وهذا أمر يوضح تصميم وزارة المستعمرات على اتباع سياسة الدمج. على أن هذا يوضح أيضا كيف كانت هذه السياسة انتقائية حيث كان يعتبر أن من المرغوب فيه، إدماج الماووري في المستشفيات كمرضى بينما كان هناك في نفس الوقت رفض لأن يتاح لهم دخول أي من المؤسسات التي تستحوذ على السلطة السياسية الحقيقية في المستعمرة. وبكلمات أخرى، وبصورة فيها مفارقة، كانت المستشفيات تؤدي دورا أساسيا في سياسة جراي للدمج، لأنها بالضبط كما هو مفهوم مؤسسات هامشية بالنسبة لمجمل الجهاز الإداري للدولة الاستعمارية.

تم التصديق على مطالب جراي وأنشئت المستشفيات الاستعمارية في أوكلاند و ويلنجتون ووانجانوي ونيوپليموث. وافتتح مستشفى ويلنجتون في 1847، ودخل فيها في أول نصف عام لها خمسة وأربعون مريضا داخليا، منهم تسعة وعشرون من الماووري. وأحد أهداف المستشفى المعترف به هو تعليم الماووري أساليب السلوك الأوروبية. وسجل في سجل الدخول الأصلي بفخر واضح أن واحدا من أوائل المرضى رفض «أن يخرج مرتديا الدثار الذي دخل به إلى المستشفى واشترى لنفسه حلة جديدة». وكما كان المبشرون يأملون أن مستشفياتهم سوف تغرس المسيحية في الأذهان، فإن جراي كان بمثل ذلك يأمل في أن مستشفياته سوف تشجع على تحضر الماووري.

كتب جراي مرة أخرى في 1848 لوزير المستعمرات في لندن قائلا:

«في رسائلي السابقة لحضرتكم بشأن موضوع ما يُبذل في التو من جهود لاكتساب مودة الأهالي وترقيتهم حضاريا، ذكرت لكم اعتقادي بأن إنشاء هذه المستشفيات سيترتب عليه ظهور تأثيرات طيبة جدا. وأظن أن حضرتكم ستجدون في التقرير المرفق والمثير للاهتمام، أن ما فكرت فيه من توقعات قد تحققت فيما يحتمل بالكامل».

كتب هذا التقرير دكتور چون فيتر چيرالد مدير المستشفى الاستعماري في ويلنجتون. وقد أكد فيتزچيرالد بكل إخلاص أن خطة علاج العرقين معا في نفس العنابر كانت لها نتائج تثير الإعجاب. فكتب يقول: «منذ افتتاح المستشفى لا يوجد بين العرقين إلا كل انسجام». ويسجل فيتز چيرالد أن الماووريين كانوا يأتون من شتى الأماكن إلى المستشفى. واقترح إنشاء لجنة زائرة للمستشفى يكون فيها تمثيل للماووري بنسبة كبيرة. وكان الاعتقاد أن المستشفيات تُظهر على نطاق مصغر النتائج التي تم التوصل إليها في نيوزيلندا كلها باتباع سياسة الدمج العرقي.

وحتى يدلل وزير المستعمرات على تقدير الحكومة الإمبريالية للعمل الذي يقوم به المستشفى وللتعاون الذي يبذله الماووريون، فإنه أهدى إلى المستشفى مجموعة من الكتب وصورة كبيرة بالحفر للملكة فيكتوريا. ونظم دكتور فيتزچيرالد حفلا ترفيهيا في المستشفى للزعماء الماووريين المحليين للاحتفال بتلقي هذه الهدايا. وعلقت الصورة المحفورة في نهاية الغرفة «لتحدث انطباعا في الأهالي يعطي بعض فكرة عما يلازم جلالتها من أبهة

واحتفاء».

وكما نعرف من كتاب البروفيسور رينچر عن جنوب أفريقيا، فإن السلطات الاستعمارية في القرن التاسع عشر كثيرا ما كانت تنظر إلى الأطباء كجزء حيوي من جهازها للسيطرة والتحكم. فالطب الغربي كان سلاحا أساسيا في الحملة التي تستهدف إضعاف الثقافة المحلية وتعزيز الولاء للمؤسسات الأوروبية وأساليب الفكر الأوروبية. وعندما انتقل جراي إلى جنوب أفريقيا في 1854 ذهب فيتزچيرالد معه. وأرسله جراي إلى الحدود ليمارس ما كان يسمى «الطب بلا مصالح» وليبطل من اعتياد الأهالي على ممارسة السحر. والحقيقة أن فيتز چيرالد لم يكن مطلقا يمارس طبا بلا مصالح. وكمثل، كان يتوقع منه أن يؤدي لجراي أعمال مخابرات حربية. بينما استخدم جراي في نيوزيلندا شهادة فيتز چيرالد ليهنئ وزارة المستعمرات على صواب سياستها للدمج العرقي، ولإقناع الوزارة بنجاح تنفيذ جراي لسياستها هذه في نيوزيلندا.

كان هناك شخصية مهمة أخرى بالنسبة للطب في نيوزيلندا في ذلك الوقت، وهي سير أرثر س. تومسون الذي نال شهادته الطبية من أدنبرة في 1833. وفد سيرتومسون إلى نيوزيلندا في أغسطس 1847 ليعمل كبيرا لأطباء اللواء الثامن والخمسين في فوت. وقد ظل في المستعمرات لأحد عشر عاما. وفي 1854 نشر وصفا تفصيليا للماووري وأمراضهم. وظل بحثه يحتفظ ببعض اللمسات عن الهمجية النبيلة أو الرومانسية. فهو يكتب مثلا «أن النيوزيلندي(*4) حين يكتسي بردائه الوطني يبدو كأسد من الغابة، أما في الملابس الأوروبية فإنه يبدو سوقيا منحطا». على أنه بخلاف مارشال لايبدي إعجابا بأماكن سكن الماووريين. والحقيقة أنه يرى أن أكواخهم أسوأ من مأوى الكلاب.

ومن الواضح أن الأدلة الطبية التي يطرحها تومسون وثيقة الصلة بالتقييمات التي تمتدح نجاح سياسة الدمج العرقي. ومن الواضح أنه يهمه أن يبرهن على أن الماووريين قد استفادوا من الاحتكاك بالأوروبيين. ويمكننا أن نعثر على تمثيل جيد لذلك في وصفه لمرض «الجذام الغنفريني»، أحد أشكال الجذام الذي يرى تومسون أنه شكل جديد على علم الطب وخاص بالماووري. ويعتقد تومسون أن أسباب هذا المرض هي نقص النظافة

الشخصية، والخمول العقلي والجسدي. ولا يوجد أوروبي أو مولّد يعاني قط من هذا المرض لأن النشاط العقلي الحضاري فيه وقاية كاملة ضده. وبالمثل فإن نساء الماووري اللائي يعشن مع رجال أوروبيين يكن محصنات منه بالكامل. وقد أصبح المرض بفضل التأثير الحضاري الأوروبي في انخفاض حتى بين الماووريين:

«إنها لمهمة تطيب لي إذ أسجل أن التجارة قد أدخلت نشاطا ذهنيا وجسديا له قدره، بين النيوزيلنديين الذين يعيشون بالقرب من المستوطنات الإنجليزية، وبين من يستطيع منهم الوصول إليها بقوارب الكانو والسفن الصغيرة... ماذا ترتب على ذلك؟ إن ذلك المرض الذي حاولت الآن جاهدا وصفه قد أصبح نادرا؛ ومن المحتمل بعد مرور عشرين عاما أخرى أن الحضارة وما يتبعها من الصناعة والنظافة ستكون قد توسعت ممتدة، لتصل إلى القبائل التي في الداخل من البلاد... وعندها فإن مرض الجذام الغنفريني قد ينقرض».

يهتم تومسون اهتماما بالغا بأن يفند الاتهام الذي وجهه مارشال، كما سبق أن رأينا، هو وآخرون كثيرون غيره، الذين قالوا إن بعض حالات العقم الظاهرة بين نساء الماووري قد نتجت عن العدوى بالأمراض التناسلية التي أدخلها الأوروبيون. ويؤيد تومسون الرأي بأن مرض السيلان كان يحدث في نيوزيلندا قبل الاتصال بالغرب، وعلى أي حال فإنه يزعم أن الأمراض التناسلية نادرة جدا في المجتمع الأوروبي حتى بين الجنود. وبالإضافة إلى ذلك فإن الماووريين لايعانون من الزهري إلا معاناة خفيفة. وهو يذكر أنه لا هو ولا أي واحد من زملائه الأطباء قد شاهد واحدا من الأهالي قد أصابه أي تلف شديد كنتيجة للعدوى بأمراض تناسلية. وهو ينكر إنكارا باتا دعوى مارشال بأن العاهرات الماووريات يمتن مبكرا. وبدلا من ذلك، فإنه يؤكد أنهن إنما يختفين لعودتهن ثانية إلى قراهن في داخل البلاد، حيث يحظين برعاية كبيرة كزوجات، لأن من الواضح لرجال قومهن أنهن حتى وهن في وضع العاهرات المنحط، قد اكتسبن بعض العادات الحضارية الراقية من معيشتهن بين الأوروبيين.

وتقرير تومسون في جوهره تبرير للتورط الأوروبي في نيوزيلندا، وللسياسة الإمبريالية بالنسبة للأهالي والتي يؤكد أنها «منذ البداية...

وهي عادلة وكريمة وخيرة». وهو يعلن بوضوح أن أحد أهداف مذكراته «أن يدون في تقرير مكتوب، قبل أن يصبح إثبات الأمور مستحيلا بمرور السنين، أن فساد أهالي نيوزيلندا لم يكن من فعل المستوطنين الأوائل:

«الناس الطيبون في إنجلترا يرجعون تكرار ما يحدث من انقراض لبعض الأعراق المعينة الأبوريچينية، إلى أنه بسبب سلوك المستوطنين الأوائل المقيمين بينهم سلوكا وحشيا أو معاملتهم للأهالي معاملة غير مسيحية. وإذا كان الرجال البيض في أمريكا وفي أرض ڤان ديمان وهولندا الجديدة والجزائر، قد لا تكون أيديهم نظيفة من هذا الاتهام، إلا أن الأمر ليس هكذا بالنسبة لرواد الاستعمار الأوروبي في نيوزيلندا».

وهو يجادل بأن الأولى من ذلك أن هذا الانخفاض في العدد إنما يرجع إلى الماووريين أنفسهم، لإنهم يداومون على انتهاك «تلك القوانين الطبيعية التي صنعها الله لتكاثر وتزايد الجنس البشري». فهم مذنبون لانحلالهم في علاقاتهم الجنسية، ولأنهم يقتلون الأطفال، ويتزوجون من الأقارب الأقربين، وخاصة كما يقول، من يكونون منهم مصابين بالدرن الليمفاوي(*5)، وهم مذنبون لأنهم عموما يهملون المرضى، ويهملون بشكل خاص استخدام العلاج استخداما صحيحا.

ضمّن الحاكم جراي نسخة من تقرير تومسون في إحدى رسائله إلى لندن، وتم في النهاية طبعها في تقارير البرلمان عن نيوزيلندا. وكثيرا ما كان يُستشهد بها في تقييم فعالية السياسة الإمبريالية تجاه الماووري حتى في القرن العشرين. ويمكننا أن نرى من تاريخ تقرير تومسون، كما رأينا من تاريخ تقرير فيتزچيرالد، أن شهادات الأطباء كان لها أهمية حاسمة فيما يدور من نقاش وجدل إمبريالي عنيف. ولما كانت مسائل رفاه الأهالي لها أهمية محورية بالنسبة لدعاوى النجاح العام للسياسة الإمبريالية في منتصف وأواخر القرن التاسع عشر، فإن وجود شهادة طبية تؤيد ذلك كان له أهمية خاصة عند الإداريين الإمبرياليين، إذ يلتمسون إضفاء الشرعية على أنشطتهم والدفاع عنها إزاء الفحص المدقق من جماعة الضغط الإنسانية القوية في لندن. ويعي تومسون تماما المغزى المهم للبراهين التي يقدمها. ثم إنه يكتب لاحقا أن التفسير الصحيح لأسباب انخفاض عدد الماووري لهو أمر يتعلق «بشرف إنجلترا».

بل إن تومسون يطرح، في كتاب نشره عند عودته لإنجلترا، دفاعا طبيا أكثر وضوحا وتفصيلا عن سياسة الدمج العرقي. وبالطبع فإنه ينبغي أن نبقي في الذهن دائما أن سياسة الدمج على الرغم من أنها تفهمنا ظاهريا، بأنها تعامل الماووريين على أنهم مساوون للمستوطنين على الأقل بالإمكان، بالنسبة لمسائل الحقوق المدنية، إلا أن هذه السياسة تأسست في الحقيقة تأسسا حاسما على افتراض التفوق المطلق للأوروبيين ومؤسساتهم. ويضفي تومسون شرعية بيولوجية على هذا الغرض فيقول: تأكد عن طريق وزن حبوب الدخن التي توضع داخل الجماجم وعن طريق قياس الجماجم بأشرطة القياس والمنقلة، أن رؤوس النيوزيلنديين أصغر من رؤوس الإنجليز. وبالتالي، فالنيوزيلنديون أحط من الإنجليز في قدرتهم العقلية». على أن تومسون يؤمن بالفعل بأن ذكاء الماووري سيتحسن مع استثارته بالتجارة. وهو يدعي بالفعل أن رؤوس الماووريين قد أخذت تكبر.

ويفند تومسون بوضوح فكرة كانت جد محورية في رأي مارشال عن الماووريين، وهي أن الجنس البشري ينحط بدنيا في الظروف الحضارية. وهو يورد نتائج لتجارب قد أجراها عن القوة النسبية للماووريين والأوروبيين، وظهر منها أن الماووريين هم الأضعف:

«هناك أشخاص يروق لهم التفكير في أن الجنس البشري ينحط بدنيا بعد سنوات من الحضارة، وهؤلاء سوف يدهشون عندما يسمعون أن سكان نيوزيلندا لا يساوون الإنجليز في قوتهم البدنية. ومدى انحطاط قوتهم يمكن أن يقدر بخمسين رطلا، ذلك أنه في محاولة لتقدير القوة، رفع الرجال النيوزيلنديون ما يبلغ في المتوسط 367 رطلا لمسافة بوصة فوق الأرض، بينما رفع الإنجليز 422 رطلا».

ويطرح تومسون الدمج العرقي على أنه قانون للطبيعة، وقانون فيه كل الفائدة:

«كل الانتصارات سواء بالعقل أو بالسيف، إذ تنتهي بالخير للطرف الأضعف، فإنه يحدث على نحو لا يتغير أن يندمج المنتصرون بالمهزومين، وهذا أمر ضروري أقصى الضرورة بالنسبة للنيوزيلنديين، حيث إن تناقص عددهم السريع يتفاقم كثيرا بسبب تزاوجهم فيما بينهم، وعليه فإنه مما يبعث على المرض أن نجد أن الدم القوقازي يسري بالفعل في أوردة ألفين

من السكان المحليين... إن النيوزيلنديين يذوبون، ولكنهم لم يضيعوا، فهم يندمجون مع طائفة أخرى أفضل».

وهو يصف المولدين بأنهم «عرق نبيل وجميل» لا يحتاجون إلا إلى التعليم لتنمية قوة عقلهم وقدراته. إن لديهم شيئا من شدة قوى المهجنين. وكمثل، يؤكد تومسون خلوهم على نحو فريد من الإصابة بالدرن الليمفاوي العنقي، الذي أطلق عليه قبلها أنه «تلوث مرضي في دم الماووري». على أن نتاج بوتقة صهر نيوزيلندا لن يكون «كثرة من أناس في لون القهوة»:

«فيما يتعلق بالمظهر البدني، فإن قانون الدمج هو أن النوع الأقل عددا يذوب في النوع الأكثر عددا... وحيث إن عدد المستوطنين الأنجلو ساكسون لابد أنه سيفوق سريعا عدد الأبوريچينيين، فإن ملامح العرق الماووري سوف تختفي من المولدين، وإن كنا سنرى أحيانا في بعض العائلات آثارا من دمائهم بعد أجيال كثيرة».

وبكلمات أخرى فإن تومسون يوفر المرجعية الطبية للاستنتاج بأنه مع السياسة الإمبريالية لتعليم الماووريين، وإعطائهم بعض الحقوق المدنية المعينة، التي ليست تماما بحقوق المواطنة الكاملة، ومع ما يحدث في نفس الوقت من شراء أرض الماووري تدريجيا وتشجيع الاستيطان الأوروبي، هذا كله سوف يضمن تحولا سلسا إلى نيوزيلندا التي ستكون كلها بيضاء، وسيؤدي إلى انتهاء مشكلة الماووري بنهاية سليمة.

يكاد الأطباء أن ينفردوا وقتها بأن لهم الحق في أن يعدوا خبراء متميزين في المسائل العرقية ليس لهم أي مصلحة شخصية، وهذا في جزء منه بسبب وضعهم كرجال علم وفي جزء آخر بسبب اتصالهم الوثيق بالأهالي المحليين اتصالا يظل موضع المحافظة عليه بصورة مشروعة. وتومسون مثلا كان عليه أن يقر بأن وصفه لشخصية الماووري فيه إطراء أقل مما توصف به عادة هذه الشخصية. على أنه أمكنه أن يدعم مصداقية توصيفة للماووري بالزعم بأنه قد استمده من ملاحظته الشخصية لهم وهو بينهم «في أوقات سعادتهم وبؤسهم، وفي ساعات مرضهم وموتهم». وبالتالي فإن هذه الشهادة الطبية لها مرجعية من العلم الموضوعي وكذلك أيضا من الخبرة الشخصية الحميمة.

وكتاب تومسون كتاب مرجعي شامل يصف فيه بتفاصيل جد كثيرة،

نيوزيلندا وسكانها المحليين ومستوطناتها الأوروبية. وكما سبق ذكره فهو إسهام مهم لنوع من الأنثروبولوجيا الطبية للقرن التاسع عشر. وقد بقي الكتاب حتى يومنا هذا كوثيقة أنثروبولوجية مفيدة. ولا يمكن أن يكون هناك شك في اجتهاد تومسون كباحث أصيل وصاحب نظرة في المقارنة بين أحسن ما يتاح من المعلومات، والخلاصة أن ملاحظاته عن الماووري تتصف بأنها علمية مثل ملاحظات أي راصد معاصر وقتها للشعوب غير الأوروبية. على أنه بما يساوي ذلك لا يمكن أن يكون هناك شك في أننا نجد في أمثلة كثيرة أن هذا الكتاب المرجعي العلمي، يخدم مصالح السياسة الإمبريالية وإضفاء الشرعية عليها.

وينبغي أن نلاحظ أن أدلة تومسون الطبية لم تكن مما يتعلق فحسب تعلقا واضحا، وعلى وجه الخصوص، بالسياسة الإمبريالية المحلية. فخبرة الطبيب كان لها أهمية أساسية في دعم نواح عديدة من نزعة التوسع الإمبريالي. وكمثل، فإن الحاكم هو وشركات التهجير كانوا معا يرغبون في جذب المزيد من المستوطنين، حتى يزيدوا من ترسيخ السيطرة الأوروبية على نحو وطيد وحتى يزيدوا من الأمن العسكري. ومرة أخرى فإن براهين الأطباء هنا تكون حاسمة. ووجود بيان عن النظافة الصحية أمر ضروري في إثبات جاذبية المستعمرة. وهناك ملحق لأحد الفصول يوجهه تومسون بوضوح إلى من يتوقع أن يكونوا من المهاجرين، ويعطي فيه أدلة مناخية وإحصائية ليبين أن نيوزيلندا بلاد صحية أكثر من إنجلترا، وأكثر أيضا من البلاد الأخرى التي يحتمل أن يتوجه المستوطنون إليها، مثل أستراليا أو كندا أو الولايات المتحدة. وبالتالي، فإنه من الوجهة الطبية سيظل من حسن الاستثمار إنفاق الوقت والمال الإضافيين اللازمين لقطع الرحلة الأطول إلى نيوزيلندا.

الطب الاستيطاني: الهمج يموتون

لم تكن سياسة «الإنسانية» أو «محبة الماووري» هي السياسة الوحيدة التي اتبعتها وزارة المستعمرات، تجاه الأهالي في منتصف القرن التاسع عشر في نيوزيلندا. فابتداء من أواخر أربعينيات القرن، أصبحت المسألةالماوورية سببا متزايدا للتوتر بين المستوطنين والسلطات الاستعمارية.

فالسلطات الاستعمارية هي والمستوطنون معا يريدون فرض السيطرة الأوروبية على الماووري. على أن الكثيرين من قواد المستوطنين كانوا نافدي الصبر بالنسبة للنزعة التدريجية في خطوات السياسة الإمبريالية ـ وهي على أي حال سياسة كانوا يرون أن فيها إفراطا في التعاطف والتنازل بالنسبة لمؤسسات الماووريين وأعراقهم. وكان قواد المستوطنين هؤلاء يريدون السعي إلى السيطرة بعنف أكثر. أي يريدون فرض القانون الإنجليزي على نحو أكثر مباشرة.

مع زيادة سوء العلاقات بين الأعراق في خمسينيات وستينيات القرن التاسع عشر، أصبح عداء زعماء المستوطنين للشعب الماووري وثقافته المحلية عداء أكثر صراحة. وبالنسبة للكثيرين من المستوطنين لم تكن فكرة أن الماووريين في الطريق إلى الانقراض بالفكرة التي لا يرحبون بها تماما. وأصبحت الصورة المفضلة لديهم عن الماووريين هي ما سماه هاو فكرة «الهمجي الذي يموت». واستمرت السلطات الإمبريالية هي والمبشرون في الحض على أن أفضل هدف هو العمل على تعليم وتحضر الماووريين لعله يحدث في يوم من الأيام أنهم هم أو سلالتهم من الأعراق المخلطة قد يتمكنون من أن يكون لهم مكانهم في المجتمع الأبيض. إلا أن بعض المستوطنين كانوا يحاجون بأنه إذا كان الماووريون سيفنون، فلا داعي إذن لإنفاق المال والوقت على مهمة كهذه. فالماووريون سوف يختفون جميعا قبل أن يتم إعدادهم إعدادا سليما لممارسة المسؤولية المدنية. وثمة لجنة من المستوطنين ذكرت ذلك صراحة في اجتماع لها في أوكلاند في 1851. وكان مطلبهم الرئيسي أنه ينبغي أن تنقل السيطرة المطلقة على كل الشؤون الداخلية للمستعمرة، إلى مجتمع المستوطنين دون تدخل من أي نوع من الحكومة الإمبريالية. وكانوا يريدون بالذات السيطرة الكاملة على شؤون الأهالي المحليين. وبعدها لن تكون هناك أي سخافات عن تعليمهم ليصبحوا على قدم المساواة دستوريا. وأشارت اللجنة إلى ما لدى الماووريين من:

«جهلهم التام في كل موضوع تقريبا من مواضيع المعرفة التي تؤهل لممارسة الحقوق السياسية ـ وافتقارهم إلى معرفة طبيعة ومبادئ الدستور البريطاني... كما أن أفراد لجنتكم لا يمكنهم أن يتكتموا لأنفسهم حقيقة أن أفراد العرق المحلي، ينقرضون انقراضا سريعا لأسباب ليس لديهم أي

سيطرة عليها، وأنه ليس من المتوقع أنهم سيصبحون كيانا متنورا بما يكفي لممارسة الحقوق السياسية قبل أن يحل زمن انقراضهم».

كانت الأرض أحد جذور التوتر بين الأعراق. وقد اعترفت معاهدة ويتانجي بأن للماووريين الحق في امتلاك أراضي قبائلهم، وكانوا في خمسينيات القرن التاسع عشر ما زالوا يمتلكون مساحات كبيرة، خاصة في المناطق الداخلية من الجزيرة الشمالية وكانت سياسة وزارة المستعمرات هي محاولة تشجيع رؤساء القبائل على بيع الأرض بطريقة منظمة تدريجية. على أن بعض قطاعات من مجتمع المستوطنين كانت تريد الأرض بسرعة أكبر. ورأت لجنة ويلنجتون أن السيادة على الماووري هي المفتاح للانطلاق بالأرض إلى مزيد من الاستيطان. وقرروا أنه: «يجب أن توضع الأراضي الفضاء في المستعمرة تحت تصرف المستعمرين، حتى تتم إدارتها على النحو الملائم حسب ما يتراءى لواضعي القانون من حين لآخر».

وبالإضافة إلى ذلك، لم يعد المستوطنون بعد متفائلين بشأن المطلب الأساسي البيولوجي لسياسة الدمج العرقي - أي التزاوج بين الأعراق. وكما حدث في أجزاء كثيرة من الإمبراطورية فإن الموجة الأولى من الأوروبيين كانت أغلبها من الذكور ، وحدث التزاوج على نحو متحرر نوعا مع أفراد من السكان المحليين. على أنه مع وصول سفن شركة نيوزيلندا زادت نسبة النساء في المجتمع الأوروبي زيادة عظيمة. وبالإضافة إلى ذلك فإن المجتمع الأبيض صار أكثر اكتمالا واكتفاء بالذات، واستطاع إقامة حواجز اجتماعية ضد الأجانب عنه. ولم يكن من السهولة تقبل الزوجات المحليات في المجتمع الأبيض. وكان هناك بالطبع أسباب فيكتورية وجيهة لذلك. وقد تحدى مراسل لصحيفة في أوكلاند صميم مبدأ الدمج العرقي على النحو التالي:

«هل يعني ذلك أننا ينبغي أن نعطي بناتنا لأبنائهم وأن نتخذ من بناتهم زوجات لأبنائنا؟ إذا كان الأمر هكذا فإن هناك مانعا له، وهذا المانع هو فحسب أن النقاء الأخلاقي لا يمكن أن ينحدر إلى مستوى الغرائز الحيوانية... لايمكن أن يكون هناك أي ترافق... من النقاء العائلي لزوجاتنا وبناتنا وحالة الشيوع الجنسي التي تسمى عند الأهالي (كينجا)، حيث لم تتعلم الإناث قط أن العفة فضيلة من الفضائل... لا يمكن أن يوجد دمج اجتماعي كهذا، إلا إذا وصل العرق الأدنى إلى الارتفاع لنفس مستوانا نحن

من الأخلاق والمعرفة».

كما لاحظنا فيما سبق، فإن الطبيب كثيرا ما كان له وضعه المميز كخبير بشؤون الأهالي. وقد رأينا كيف كان الحاكم جراي حريصا خلال فترة حكمه الأولى على أن يورد أدلة طبية داعمة لسياسة الدمج. على أن الخبرة الطبية يمكن توجيهها بطرائق عديدة. وفي استطاعة المستوطنين من معارضي السلطات الإمبريالية، أن يجدوا بنفس السهولة أدلة تدعم موقفهم هم، خاصة أن الرجال المؤهلين طبيا، كما يوضح رايت سانت كلير، يتمتعون بوضع ممتاز في مجتمع المهاجرين إلى حد بالغ الاعتبار. وهم بمقاييس وقتها ومكانها يعدون رجالا جد محترمين، وعلى درجة راقية من التعليم. كما أنهم كثيرا ما كانوا نشطين جدا في سياسات المستعمرة. وهكذا كان الأطباء زعماء لمجتمع المستوطنين، وكانوا بهذا في وضع يمكنهم جيدا من دعم هذا المجتمع بإصدار بيانات عامة لها مرجعيتها.

والأطباء الذين كانوا يتحدثون بما فيه مصالح المستوطنين أو (الباكيها) في الفترة التي تبدأ بعام 1850 وما بعده، كثيرا ما كانوا يجادلون بشدة، أكثر حتى مما فعله تومسون، بأن الماووريين منحطون جبلّيا وبيولوجيا. وكانوا يتمسكون بأدلة من علم الجماجم(*6) وعلم الفراسة(*7)، تبرهن على أن أمخاخ الماووريين أصغر عموما في حجمها، كما أن تناميها أقل بما له مغزاه في مناطق حيوية. على أنهم لم يعتقدوا مثل تومسون أن الحضارة يمكن أن تحسن القدرات العقلية للماووريين. فانحطاط ذكائهم مثله مثل عجزهم عرقيا، هما مما لا سبيل إلى الخلاص منه. وفي 1859 جمع القاضي ف. د. فنتون أدلة طبية كثيرة في سياق تقريره الذي كتبه عن حالة السكان المحليين. واستنتج أن السبب الحقيقي لتناقص أعدادهم أن تكوين الماووري البدني «هو أساسا فاسد».

أصبحت حتمية انخفاض عدد الماووريين عقيدة مركزية في شرع المستوطنين. ولا يوجد مطلقا ما يمكن عمله بهذا الشأن، سواء من جهة السياسة الاجتماعية أو الطب الوقائي. والانقراض المتوقع للماووري هو فحسب نتيجة قانون للطبيعة لا رحمة فيه، وهكذا نجد د. إيزاك فيذرستون مدير ويلنجتون، الذي كان أيضا طبيبا ممارسا، يطرح الأمر في 1856 بإيجاز بليغ قائلا: إن الماووريين يفنون، ولا شيء يمكن أن ينقذهم، وواجبنا

الواضح، كمستعمرين خيرين رحماء، هو أن نمهد لهم فراش موتهم. وبعدها لن يكون للتاريخ ما يلومنا عليه.

أصبح من الشائع منذ عام 1850 وما بعده الزعم بأن أعداد الماووريين كانت تنخفض حتى قبل احتكاكهم بالأوروبيين ـ فهم إلى هذا الحد كانوا أصلا في حال من الفساد والعجز. وكمثل، فإن ويليام كولنزو كان يجادل بأن تاسمان رأى الماووريين وعددهم أكبر كثيرا مما رآه كوك، كما أن عددهم ظل ينخفض انخفاضا أكبر في الفترة التي بين رحلات كوك والضم إلى بريطانيا. فانخفاض العدد منذ 1840 إنما هو فحسب استمرار لنزعة راسخة من قبل.

أما الفترة من 1860 حتى 1868 فهي فترة كانت القوات الإمبريالية تشن فيها حربا عنيفة ضد الماووريين، وشهدت هذه الفترة السياسيين النيوزيلانديين وهم يقعون تحت الضغط بالذات ليشرحوا مبررات ما يفعلون لوزارة المستعمرات ولجماعة الضغط من محبي الماووري في لندن. وحدث هجوم مستمر عليهم من جمعية حماية الأبوريجينيين ومؤيديها. ونشرت سلسلة من المنشورات تحت رعاية الجمعية تعبر عن التشكك في عدالة هذه الحرب ومدى إنسانية إدارتها، وتطعن في دوافع المستوطنين ، وفي 1868 نشر ويليام فوكس، الذي كان معا وزيرا محليا ورئيسيا، إجابة تفصيلية على منتقديه من محبي الماووري. وكان لنظرية انخفاض العدد قبل الاحتكاك بالأوروبيين مكانها البارز في محاولته للدفاع عن سجل حكومة نيوزيلندا الاستعمارية، فانخفاض عدد الماووريين لا يمكن أن يكون غلطة المستوطنين ، لأنه قد بدأ قبل وصولهم. ويجادل فوكس بأن الماووريين لا يختفون بسبب أي معاملة خشنة تلقوها على أيدي المستوطنين، ولا لأن الأوروبيين قد أفسدوا أخلاقهم أو أصابوهم بأمراض جديدة. وإنما هم على العكس من ذلك يموتون «على الرغم من» كل الجهود المخلصة الشاقة، التي بذلها المجتمع الأبيض في سبيلهم. والحقيقة أن انخفاض عدد الماووريين يحدث على الرغم من اتباع سياسة من أكثر السياسات اتصافا بالطيبة والإنسانية فيما يُمنح للشعوب المحلية من سادتها الإمبرياليين.

يعبر فوكس، وهو يخاطب جمهورا بريطانيا، عن أسفه للانخفاض المأساوي في أعداد الماووريين، كما عبر عن أسفه الشديد لضرورة شن

حرب ضدهم. وهو يمتدح نبل عرق الماووريين، ويعبر عن دهشته من أن شعبا ساميا هكذا يعجز عن الاستجابة لتحديات الحضارة. على أنه كان في المستعمرة أناس آخرون في وسعهم أن يكونوا أقل نفاقا منه وأكثر رضا عن الذات. وهكذا فإن ويليام ترافيرز المحامي والسياسي المنتمي للمذهب الطبيعي، يتحدث في ويلنجتون في 1869 ليصف الماووريين بأنهم «عرق من الهمج البرابرة بما لا يمكن تصوره، ويمارسون طقوسا من نوع جد كريه بحيث إنه كثيرا ما كان الكتاب الحديثون يشككون في مجرد وجود طقوس كهذه». وهو يواصل قائلا:

«إذا كان الاقتحام الذي تقوم به الأعراق الأوروبية القوية، سوف يؤدي إلى أن تحل المزارع اليانعة والأسواق المزدحمة مكان أكواخ الهمج الجافين وأراضي الغابات مقطوعة الأشجار، وأن يأتي ملايين السكان من بلد مزدحم ومعهم فنونهم وآدابهم وسياستهم الناضجة ودوافعهم النبيلة كأناس أحرار، ويحلوا مكان آلاف معدودة من القبائل المبعثرة التي تعيش حاليا، في حالة من الواضح أنها لا هدف فيها ولا تقدم، إذا كان هذا هدما سيحدث فسنجد أنه حتى أكثر الإنسانيين حساسية قد يتعلم أن ينظر في تسليم، إن لم يكن في رضا عن الذات، إلى انقراض شعب كل ما أنجزه في الماضي بالنسبة لأي هدف من أهداف وجود الإنسان هو إنجاز جد منقوص».

وكما يمكن للمرء أن يتنبأ به، فإن المناخ السياسي المتغير أثر أيضا في المؤسسات الطبية. ومنذ وقت انتقال المسؤولية عن المستشفيات إلى المجالس الإقليمية، أصبحت إحدى الوظائف الأصلية للمستشفيات أمرا لا لزوم له - وهي وظيفة تنفيذ السياسة الإمبريالية تجاه الماووري. وبالإضافة إلى ذلك، فإن سلطات المستوطنين كانت دائما تنفر من إنفاق أموال المستعمرة على رفاه الماووري. وهكذا يحدث في وقت مبكر مثل عام 1848 أن يتمادى ديللون بل، الذي سيصبح فيما بعد وزير الأسطول، إلى حد المحاجة بأن بناء مستشفيات للماووريين هو بأي حال مضيعة للنقود. وانهار مستشفى ويلنجتون بسبب حاجته إلى الترميم واتخذت الخطط مقدما لإغلاق مستشفى نيوپليموث. وكان أحد الأسباب التي ورد ذكرها لتأييد نبذ السياسة الصحية بالنسبة للماووريين أنهم لأعجز تماما من أن يستفيدوا بالرعاية الطبية. على أن هذا كان مما عُدَّ دائما على أنه موقف متطرف فنده

تفنيدا واضحا الكثيرون من الأطباء. ولكنه يسجل على نحو واضح أننا من حيث المفهوم الطبي عن الماووريين، قد ابتعدنا كثيرا عن المستر مارشال وهمجييه الرومانسيين، الذين لاتكاد تزعجهم أي جروح تبدو مميتة.

بحلول ثمانينيات القرن التاسع عشر كانت نيوزيلندا، أو على الأقل مدنها الأكبر، فيها كل زخرف المستعمرات البريطانية المكتملة النمو بما في ذلك وجود جمعيات راسخة ثقافية وعلمية. إلا أن مسائل الأرض والهيمنة كانت لا يزال لها دويها. فلم يكن قد تم بعد إخضاع الماووريين تماما. وما زالت أوامر حكومة ويلنجتون لا تسري على كل البلاد. وظل التوتر موجودا على طول الحدود بين أرض المستوطنين وأرض الماووريين من (الكنجايت). وبالإضافة إلى ذلك، ظلت العلاقات بين الأعراق فاسدة بسبب الاستياء من مصادرة الأراضي في أعقاب حرب (ويكاتو) وبسبب تحويل ملكية أرض الماووري بالجملة، الأمر الذي سهلته محكمة الأراضي المحلية.

لما كان (الپاكيها) أوالمستوطنون هم الآن في صعود، فإنهم لم يعودوا يطيقون أي معارضة متواصلة. وكان (تي هوايتي) النبي الماووري قد نظم بنجاح حركة مقاومة سلبية في (تارا ناكي) ضد التعديات الأوروبية. وفي 1881 أغار چون برايس الوزير المحلي بقوة من 1500 رجل مسلح على جماعة هوايتي في (پاراهاكي). وتم أسر هوايتي ونقله إلى الجزيرة الجنوبية، حيث ظل مع مساعده مقبوضا عليهما دون محاكمة طيلة عامين. وأصبحت الأرض التي احتلها هو وأتباعه خالصة لتستخدم في الاستيطان الأوروبي.

وبالتالي، فإن المستوطنين في الثمانينيات كانوا لا يزالون منشغلين بنشاط في إخضاع الماووريين بالقوة للسيطرة الأوروبية. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم كانوا يفعلون ذلك في مواجهة معارضة جديدة ذات حنكة ومعرفة. فالماووريون أصبحوا أفضل كثيرا من ذي قبل من حيث تنظيمهم السياسي وتعليمهم. وفوق ذلك، كان لديهم الآن عون بارع من بعض (الپيكاها) في طرح قضيتهم في ويلنجتون، وكذلك أيضا في لندن. والتمس العديدون من زعماء الماووري من الملكة ڤيكتوريا الحماية وإعادة الأرض والحكم الذاتي. وكانت جمعية حماية الأبوريچينيين لا تزال جد نشطة في نشر الدعاية حول «آلام الماووري» في العاصمة الكبيرة. وكان أعضاء البرلمان الإمبراطوري يتحركون أحيانا لسؤال زملائهم في ويلنجتون عن مدى عدالة سياستهم بالنسبة للأهالي.

ويمكن قياس مدى ما كان لدى ساسة المستعمرة من حساسية بالنسبة لنقدهم بشأن مسألة الماووري، وذلك من حقيقة أنه عندما حدث في 1883 أن نشر ج.و. رسدن المؤرخ المحب للماووريين، تاريخا لنيوزيلندا يحوي بعض النقد المتضمن معاداة لطريقة إدارة الحرب الماوورية، رفع چون برايس قضية عليه بدعوى القذف. ويمكننا أن نستنتج أن الساسة النيوزيلنديين كانوا لا يزالون يحسون بالحاجة إلى مصادر لحجج تفنيدية يستخدمونها للدفاع عن ذواتهم وتبرير أنفسهم.

حدث في ويلنجتون أن وفرت الجمعية الفلسفية المهيبة منبرا عاما أمكنها أن تجلب له المرجعية الكاملة لعلم الطب الحديث، وقد احتشدت بشأن السيادة الأوروبية والعلاقات العرقية في نيوزيلندا. وهكذا فإن ألفريد نيومان، الحاصل على درجة بكالوريوس الطب وعضوية الكلية الملكية للأطباء، والرئيس السابق للجمعية الذي سرعان ما أصبح فيما بعد عضوا في البرلمان، انتهز الفرصة في 1882 ليقدم تبريرا طبيا لوضع المستوطنين يتسم بكثرة ما فيه من تفاصيل ومن حجج خلافية. وقد طبع نص حديثه بعدها في «محاضر» معهد نيوزيلندا (الذي أصبح فيما بعد الجمعية الملكية لنيوزيلندا).

كرس نيومان الجزء الأول من محاضرته لإثبات أن الماووريين يتناقص عددهم حقا بسرعة بالغة. واتفق مع المؤلفين السابقين في أن بداية انخفاض أعداد الماووريين لم تكن متزامنة مع وصول الرجل الأبيض. فأعدادهم كانت تتناقص قبل أن يحدث أي احتكاك بالأوروبيين، وذلك بسبب توحشهم الفطري وانحطاطهم الجبلّي. أما تأثير الحضارة الأوروبية فهو أنها فحسب قد زادت من سرعة العملية. «هذا عرق ينتهي، إنه عرق (واهن)، ويبدو أنه قد بلي تماما، ويعجل من موته الوشيك صراعه مع عرق أكثر جدة وامتلاء بالنشاط».

وكما يمكن أن نتذكر، فإن آرثر تومسون كان يعتقد أن الاحتكاك بالأوروبيين قد جلب للماووري الحافز الصحي للنشاط البدني والعقلي. أما نيومان فهو يجادل من الناحية الأخرى بأن النير الأوروبي الذي وضع على كاهل الماووري كان جد خفيف بحيث إن الماووريين يعانون الآن من النتائج التعسة لخمولهم:

«إني اتفق مع بعض كتاب معينين في الاعتقاد بأن (الكسل) هو أيضا أحد أسباب تناقصهم. فهم فيما سبق كانوا مرغمين على الاستمرار في العمل لكسب عيشهم، أما الآن فهم يعيشون أكسل حياة، وهذا الكسل يولد حشدا من الشرور. وقد لوحظ في الولايات المتحدة أن العبيد الزنوج الذين احتفظ بهم للعمل ظل عددهم يتزايد، بينما ظل الزنوج الذين أُعتقوا يتناقص عددهم باطراد».

كما أنهم لا يستطيعون التكيف مع الغذاء الأحسن الذي قدمه الأوروبيون لهم:

«في رأيي... أن وفرة الطعام المتاح بسهولة والذي ينالونه الآن في إمداد منتظم ـ وهو أيضا طعام (مغذ بدرجة أكبر إلى ما لا نهاية) من أي طعام حصلوا عليه في الأوقات القديمة، قبل أن نصل نحن إلى البلاد ـ هذا كله قد أدى بهم إلى حال عام من السمنة والامتلاء الأمر الذي ينتج عنه، كما في كل الحيوانات المنحطة ، حالة من قلة الخصوبة، بل ويؤدي إلى عقم مطلق في بعض الحالات الأخرى».

على أن الأسباب الحقيقية لانخفاض عدد الماووريين لا تكمن في الغذاء أو الظروف الخارجية، وإنما هي كامنة في انحطاطهم العرقي الجبلّي عقليا وبدنيا. فأجسادهم «ضعيفة البنية» توفر «أخصب تربة» لجراثيم السل. وبالإضافة إلى ذلك، فإنهم تعوزهم الصلابة الذهنية اللازمة بما يكفي لمقاومة المرض حتى ولو كان من نوع هين:

«إن افتقارهم للشجاعة... يؤثر بالفعل في معدلات الوفاة: بمعنى أنهم سرعان ما يستسلمون عندما يهاجمهم المرض. ولا شك في أن الكثير من الماووريين يموتون من علل بسيطة لأنهم عندما يهاجمهم المرض لا يكافحون ضده ولا يناضلون لمقاومة أضراره، وإنما هم يلفون في سكينة دثارهم حول أنفسهم ويرقدون في استسلام ليموتوا. إنهم يبدون وقد نقص منهم العزم، كما يطل عليهم أصدقاؤهم بطريقة فيها فتور للهمة وليس فيها أي فعل نشط، وإنما تقبل للمصير بلا ضرورة».

والماووريون عاجزون وراثيا عن أشكال السلوك المطلوبة للمحافظة على الصحة. ويذهب نيومان في ذلك إلى أن يتحدث بكل ما لمهنته من مرجعية فيقول:

«تبين كل أدلة الطب الحديث على نحو لا يخالطه أي شك، أن السببين الرئيسيين للسل الرئوي عند كل الأمم هما التزاوج بين الأفراد المصابين بالمرض، والإقامة على أراض منخفضة رطبة سيئة الصرف. إلا أن هذين هما نفس الشيئين اللذين يبدو أن الماووريين يفضلون القيام بهما. وسنجد عندنا أن الأضرار الرهيبة للسل الرئوي يمكننا أن نوقفها بالكامل أو نخفف منها إلى حد عظيم بالرعاية والعلاج والتمريض وتغيير المناخ، وكل هذه أمور لا يدري الماووري عنها شيئا... إنه لا يرعى نفسه أبدا».

يقلل نيومان بصورة منهجية من أهمية إدخال الأمراض الجديدة كسبب لانخفاض عدد الماووريين. وهو يصمم على أن وجود السل كان سابقا للاحتكاك بالأوروبيين كما أن الكثير من أمراض أوروبا القاتلة، لم تكن أبدا مما أدخل على البلاد مثل الجدري والكوليرا والطاعون والحمى الصفراء والتيفوس والحمى الراجعة. وهو يقر بأن التيفود والحمى القرمزية والحصبة والسعال الديكي كانت سببا في موت عدد له أهميته، وأن مرض الزهري التناسلي يسبب العقم عند نساء الماووري بمثل ما يسببه عند «طبقة معينة من النساء في لندن». ولكننا نجد من الجانب الإيجابي أن الجذام قد اختفى بسبب ما سبق ذكره من التحسن في الغذاء، وأصبح الماووريون لا يصابون إلا قليلا بالزهري والدفتريا:

«وإذن، فبالنظر إلى المسألة ككل، أجدني أميل إلى الاعتقاد بأن الأمراض المهمة لم تكن هي الأسباب الرئيسية التي أدت لاختفاء الماووري، وإنما هي فقط قد أدت دورا جزئيا مع أسباب أخرى».

على أي حال، فإن أي عرق له قوة شديدة كان سيتمكن سريعا من الاستعاضة عن خسائره من أي مرض جديد يدخل عليه. ولكن الماووريين ليست لديهم القدرة التكاثرية على الاستجابة بهذه الطريقة.

ونيومان حريص على أن يبرهن على أن الآراء التي عبر عنها ليست خاصة به، وإنما الأحرى أنها تعكس خبرة الكثيرين من الأطباء في نيوزيلندا. وهو يزعم أنه قد جمع معلوماته من عدد كبير من زملائه. وهكذا فإن د. إيرل «يصف بإسهاب أحوال مئات كثيرة من الأطفال الذين يموتون سنويا من الدوسنتاريا والسل المعوي». أما د. سپنسر الذي يشرف على ملجأ أيتام ماووريين، فقد أخبره أن الأطفال الماووريين وإن كانوا في أول الأمر يستجيبون

جيدا عند دخولهم، إلا أن تحسنهم لا يستمر فهم عند البلوغ يضعفون ثانية. وهذا اختلاف مهم عن الآراء الأقدم. فتومسون قد أكد أن الأطفال الماووريين تزدهر حالتهم عندما تبذل لهم الرعاية في دور الملاجئ الأوروبية.

ونيومان ينكر أن المولدين نصف الماووريين ـ الأوروبيين يتمتعون بأي قوة شديدة مما يكون عند الهجناء. وبدلا من ذلك فإنه مثل نظرائه في جنوب الولايات المتحدة ينادي بأن الأفراد من نتاج التزاوج بين الأعراق، يكونون منحطين من حيث وظائف الأعضاء عن أي من أفراد النوع الأصيل:

«وأنا أعتقد... أن صغر سعة الصدر أمر يوجد تقريبا في كل المولدين النيوزيلنديين. ومن الحقيقي أن الكثيرين منهم لهم ملامح وسيمة وأكتاف عريضة ولكن صدورهم عادة من النوع الضحل الذي تراه في المسلولين من عرقنا نحن».

وكل المولدين يموتون مبكرا، والقليلون منهم يصلون إلى سن الأربعين. أما أطفالهم فهم حتى أضعف.

إن هذه المحاجات محملة بدلالات لها أهميتها بالنسبة لسياسة الدمج العرقي. وهي أيضا تدل على اختلاف حاسم آخر بين آراء نيومان وتومسون:

«يؤمن المستعمرون الأوائل هم والكثيرون من المنظرين بأنه يمكن للعرقين أن يندمجا، والحقيقة أن العرقين لن يمتزجا أبدا، وأي تأثير صغير صغرا دقيقا مما قد يتلقاه العرق الأبيض قبل أن يفنى الماووري في المستقبل غير البعيد، هو تأثير سرعان ما سيكون في التو تأثيرا غير ملموس».

ونيومان واثق تماما من هذا المصير:

«إن اختفاء عرقهم لا يكاد يثير أي أسى. فهم يموتون موتا سريعا سهلا، ليحل محلهم عرق أرقى».

ومن الواضح أن الخطأ ليس من المستوطنين فيما يتعلق باستمرار انخفاض عدد الماووريين، على الرغم من كل ما يؤدى لهم عن طريق سياسة عمل تتصف بإنسانيتها. وفي وسع الپاكيها (المستوطنين الأوروبيين) أن يكونوا راضين عن أنفسهم ـ فما من لوم يلقى عليهم. لقد فعلوا كل ما باستطاعتهم.

كان من الواضح تماما لجمهور المستمعين إلى نيومان في ويلنجتون أن ما يتحدث عنه حقا هو تحديد للمسؤولية. وأعقبت محاضرته مناقشة

تحدث فيها چيمس هكتور، الحائز على درجة الدكتوراه في الطب وأمين متحف ويلنجتون ورئيس الجمعية الفلسفية، ووافق هكتور نيومان على أن الماووريين ينخفض عددهم. إلا أنه لم يستطع أن يوافقه على افتراض وجود سبب طبيعي لذلك:

«إنه... لا يستطيع الاتفاق مع المؤلف على إرجاع انخفاض عدد الماووريين إلى نزعة جبلّية للتلف. وإنما يقع اللوم حقا علينا نحن، وذلك أساسا بسبب أننا جعلنا الأهالي ينبذون عاداتهم وأعراقهم القديمة. لقد دمرنا تنظيماتهم الاجتماعية ولم نجعل لهم مكانها تنظيماتنا نحن... ولا يبدو أن هناك أي سبب لأن يكون عرقهم مما ينبغي أن يضعف لو أنه ترك وشأنه، أو لو أنه فحسب تم تمثله تدريجيا في عرقنا نحن، ولا فائدة ترجى من أن نحاول التماس العذر لأنفسنا من خلال أي قانون طبيعي آخر سوى قانون الجبروت.

على أن نيومان نال دعما له تأثيره. ذلك أن د. ويليام بولر الحائز على زمالة الجراحة، إذ استعاد رئاسة الجمعية الفلسفية في 1884، انتهز فرصة خطابه لتولي الرئاسة ليعود إلى موضوع انخفاض عدد السكان المحليين. وصادق بولر على الكثير مما قاله نيومان ، مؤكدا تأكيدا خاصا على النقطة الأساسية، من حيث استحالة الدمج بسبب أن المولدين تنقصهم شدة القوة:

«ما من أدنى شك في أن هذا العرق محكوم عليه بالفناء... العرق الأبوريچيني يجب أن يترك مكانه في الوقت المناسب لعرق... أرقى تنظيما. إن هذا فيما يبدو أحد القوانين الملغزة للطبيعة. وإذا كان الواحد منا مخلصا لشعارنا عن التقدم - اجتماعيا وعقليا وبدنيا - فلن يكون في وسعه أن يعتقد أنه حتى أشد الأفراد جدية في حبه للماووريين سيحس بأي أسف لهذا التغير».

كان بولر واضحا جدا في أنه ما من لوم ينبغي أن يوجه إلى المستوطنين بسبب انخفاض عدد الماووريين. وهو يعيد ترديد زعم فيذرستون بأنه «لن يكون للتاريخ ما يلومنا عليه» وكل ما يتبقى على العلماء فعله، هو أن يعملوا في جمع موادهم الإثنوجرافية(*8) قبل أن يصبح الوقت جد متأخر لذلك.

الاستنتاجات

يعيّن هذا المقال أربع صور للماووريين من القرن التاسع عشر. وهناك

تمايز بين هذه الصور كأمثلة للهمجي النبيل، والرومانسي، والمندمج، والذي يموت. وقد رأينا أن صورة چون سافيج عن الماووريين الذين (يقتربون) من أن يكونوا همجا نبلاء، هي تعبير عن الموقف المعاصر السائد تجاه السكان المحليين بالهادي وهي بكلمة واحدة صورة تقليدية. فسافيج وهو رجل الطب المتمرس، كان يفهم الماووري بلغة من توقعات الثقافة التي نشأ فيها والجمهور الذي يخاطبه. فكان وصفه للماووريين نتاجا للتفاعل بين خبرته المباشرة بهم هي والتقاليد الاجتماعية والأدبية التي اختار أن يعمل من خلالها.

واتسام وصف سافيج بالتقليدية أمر يظهر فيما يتصف به تصويره لنيوزيلندا من خواص أسطورية. أما نصوص مارشال وتومسون ونيومان فتعرض مضمونا يتصف بعمليته وبمحتواه الإمبريقي بقدر أعظم بما له اعتباره. على أنها أيضا نصوص يجب النظر إليها على أنها ذات طبيعة تقليدية. فهؤلاء المؤلفون قد اختاروا أيضا المفاهيم المعاصرة السائدة عن السكان المحليين، فاختاروا أفكار الهمجي الرومانسي والهمجي الذي يموت كوسيلة ينقلون بها أوصافهم للماووريين.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن مارشال وتومسون ونيومان كلهم يعلنون بوضوح يزيد أو ينقص، أنهم يكتبون لتأييد جماعات مصالح معينة. ويمكن للمرء أن يتبين بجلاء إلى أي مدى يؤدي جدول الأعمال السياسي إلى بناء صورة كل مؤلف منهم عن الماووريين. وكمثل، فإن مارشال كان يكتب كمبشر يدافع عن قضيته. وهو غير سعيد بفكرة أن الماووري همجي نبيل لأن هذا المفهوم لا يضمن للمبشر أن يتم له إنجاز أي تحسن سوى ما هو قليل. والماووريون بالنسبة له برابرة تعساء في حاجة ملحة إلى المسيحية الإنجلكانية(*9). على أن وصفه للماووري يؤكد أيضا على وجود الكثير من الملامح الإيجابية، حيث إن وجود هذه الملامح يدل على أن الماووريين جديرون بالخلاص وأن المجهودات التي تبذلها الإرساليات التبشيرية لن تضيع هباء. أما تجاوزات الأعداء التقليديين للإرساليات التبشيرية - أي التجار والمستوطنين العلمانيين - فهي مليئة بالأخطار الطبية بالنسبة للماووري، وذلك بالفعل وبالإمكان. ويدل على ذلك ما حدث من الإصابة بالعقم كنتيجة لإدخال الأمراض التناسلية.

أما تومسون فيكتب ليدافع عن شرف الإمبراطورية البريطانية. ورأيه عن الماووريين أقل إيجابية من رأي مارشال. فبينما ينادي مارشال بأن الهمج أقوى من الأوروبيين، يعتقد تومسون أن العكس هو الصحيح. فالرجل الأبيض أرقى من كل الجوانب. والاحتكاك بالمجتمع الأوروبي مفيد للماووريين، ليس فحسب أخلاقيا بل وأيضا بدنيا وذهنيا. وحفزهم بالمتاجرة معهم أبعد من أن يسبب مرضهم، وإنما هو يجعلهم أكثر صحة وبراعة. والأمراض التي أدخلت عليهم لم تسبب لهم العقم. وإذا كان الماووريون ينخفض عددهم فهذا بسبب استمرارهم على وثنيتهم وبربريتهم. وبكلمات أخرى، فإن هذه غلطتهم هم ولا يمكن إلقاء مسؤوليتها على الأوروبيين عموما وعلى السلطات الإمبريالية البريطانية على وجه الخصوص. ولما كان المولدون ذوي قوة شديدة فإنه يترتب على ذلك أن السياسة الإمبريالية للدمج العرقي سوف تنجح في النهاية.

هكذا، فإنه بالنسبة لساڤيج لم يكن الماووري في حاجة إلى أي خلاص. وبالنسبة لمارشال وتومسون كان الماووريون مهيئين للخلاص بطرائق مختلفة. أما نيومان فهم بالنسبة له أبعد من أي خلاص. إنهم يفنون وما من شيء يمكن أن ينقذهم. وهو يقر بأن الأمراض الأوروبية قد أثرت تأثيرا ضارا بالماووريين، ولكن هذا ليس السبب الرئيسي في تناقص عددهم. فهم عاجزون جبلّيا من الناحية العقلية والبدنية. وعددهم المتناقص لا يلام عليه - أي لوم - مجتمع المستوطنين الأوروبيين (الپاكيها)، حيث إن هذا الانخفاض بدأ قبل بدء الاستيطان الأوروبي. والمولدون ليسوا على قوة شديدة، وبالتالي فإن الدمج غير ممكن وغير مطلوب.

والحقيقة أنه يمكن تفسير بعض الاختلافات بين هذه التوصيفات بناء على التغيرات التي حدثت للماووريين. وهكذا فعندما نلاحظ أن مارشال قد وجد أن أكواخهم تثير الإعجاب بينما لم يجدها تومسون كذلك، فإننا يمكن أن نتذكر أنه مع زيادة الطلب على الكتان، انتقل الكثيرون من الماووريين (الهاپو) من أماكن سكناهم التقليدية، وبنوا لأنفسهم مزيدا من أماكن الإيواء المؤقتة الأقرب إلى أرض كتانهم. ولعل تومسون إذن كان يصف فعلا نوعا من بناء الأكواخ يختلف عما رآه مارشال... وبالمثل فإنه يمكن للمرء أن يحدس بالفعل أن تأثيرات ما أدخل من الأمراض والكحول والفساد

الاجتماعي قد جعلت بعض الماووريين يَبدون أقل إثارة لأي إعجاب واضح في زمن نيومان على ما كان عليه الحال في زمن ساڤيج أو مارشال. على أن اتباع خطوط كهذه لا يمكن له أن يبني تفسيرا شاملا للاختلافات التي بين الصور الأربع. ما هو إذن التغير الذي حدث للماووريين بين 1855 و 1882 ليقلل من شدة قوة المولدين على هذا النحو المثير؟ لماذا يسبب السيلان العقم للنساء الماووريات في 1834، ولا يسبب ذلك في 1855، ثم يسببه ثانية في 1882؟ لماذا كانت التجارة ضارة بالماووريين في 1834، ثم أصبحت أمرا ممتازا لهم في 1856، ولكنها لا تؤثر فيهم أي تأثير في 1882؟ لا توجد أي إجابات واقعية مُرضية بالكامل عن هذه الأسئلة وعن أسئلة كثيرة مماثلة. وليس أمامنا أي بديل سوى الموافقة على أن توصيفات مارشال وتومسون ونيومان هي مثل توصيفات ساڤيج، كما يختلف كل واحد منهم عن الآخر في نقط لها أهميتها الخاصة بالنسبة للمطالب الملحة للجماعات التي يناصرون مصالحها السياسية، من حيث تزويدها بحجج تفنيدية أو لإضفاء الشرعية عليها. وهكذا فإن من المعقول أن نستنتج أن صور مارشال وتومسون ونيومان للماووريين قد صممت لتخدم غايات أيديولوچية.

وكما سبق نقاشه، فإن صور الماووري كما يصفها هؤلاء الأطباء، يمكن تفسيرها بطريقة مشابهة تماما لتلك التي طبقها برنارد سميث على لوحات الصور المرئية لجنوب الهادي. ويمكننا أن نأخذ مثلا لذلك من وصف سميث لعمل الفنان ويليام هودچ في رحلة كوك الثانية. كان هودچ قد تدرب على أسلوب المدرسة الكلاسيكية الجديدة في رسم لوحات المناظر الطبيعية. على أنه أثناء فترة توظفه في البحرية كان من الضروري عليه أن يبقى في ذهنه اهتمام الأسطول بالدقة الفائقة في رسم خطوط السواحل وعلامات الحدود. وبالإضافة إلى ذلك فإن هودچ كان أثناء وجوده على ظهر السفينة «ريزوليوشن»، في صحبة رجال يهتمون اهتماما مهنيا بالغا بملاحظة الطقس والتأثيرات الجوية.

أنجز هودچ لوحته «رأس الرجاء الصالح» وهو على ظهر السفينة «ريزوليوشن». وقد وفر هودچ فيها ما يصفه سميث بأنه «تصوير طبيعاني أمين للظروف النمطية للطقس التي كانت تسود أثناء إقامة الحملة في رأس الرجاء». وعلى الرغم من أن الصورة تحوي الكثير من الملاحظات

الدقيقة، إلا أن سميث يلاحظ أن هودج لم يسجل على وجه الدقة ما رآه في أي مثل واحد وحيد. وبدلا من ذلك فإن اللوحة تجسد تركيبا لما كانت عليه الظروف الجوية «النمطية» حول رأس الرجاء أثناء فترة مرور السفينة «ريزوليوشن». ومن الواضح أن هذا التركيب كان انتقائيا حيث إن اللوحة تعطي أهمية معينة لتأثيرات جوية لها أهمية خاصة عند زملائه البحريين. وقد صُورت طوبوغرافيا[*10] رأس الرجاء الصالح على نحو دقيق، إلا أن من الواضح أنه قد استخدم في الصورة رؤية معينة تم اختيارها لما فيها من إمكانات درامية. فقد رتبت التفاصيل المختلفة للتكوين في مراعاة لتقاليد رسم المناظر الطبيعية بالأسلوب الكلاسيكي الجديد.

ويمكننا أن نقر بأن لوحة «رأس الرجاء الصالح» نتاج عملية رصد حريص حسب المذهب الطبيعاني. على أنه لو كان هودج بصحبة چيولوچيين بدلا من البحارة، أو لو أنه كان موظفا مثلا عند جمعية للشلالات بدلا من البحرية، فإنه كان سيرسم صورة أخرى، تحوي مجموعة أخرى من الملاحظات. وصور هودج النهائية قد بنيت على أساس تدريبه كواحد من أتباع المذهب الكلاسيكي الجديد، وعلى التذوق المعاصر لما هو درامي في لوحات المناظر الطبيعية، وعلى حاجته إلى إرضاء اهتمامات من يوظفونه بالنسبة للرسم الطوبوغرافي والرصد الجوي الدقيقين. وبكلمات أخرى فإن اللوحة نتاج للتفاعل بين العالم الخارجي ومهارات هودج والتزاماته المهنية. واللوحة قد ركبت بحيث تخدم مصالح هودج لاكتساب الشهرة كمصور للمناظر الطبيعية، ولإرضاء قائده في السفينة «ريزوليوشن» ومن وظفوه في لندن.

ويمكننا بالمثل أن نقر بأن آراء مارشال وتومسون ونيومان حول الماووريين نتاج الملاحظة الإمبريقية لمادة موضوعهم. ونحن عندما نشير إلى درجة اتصاف صورهم بأنها تقليدية وأيديولوجية، فإننا لسنا بحاجة إلى إلقاء الشك على دعوى تومسون بأنه قد قاس جماجم الماووريين، أو على دعوى نيومان بأنه جمع الأدلة من عدد كبير من زملائه الأطباء. والأولى أننا يمكننا أن نعتبر أن عملية الملاحظة الإمبريقية هي وتجميع البيانات كانت عملية انتقائية. ويمكننا أن نرى أن العملية الإبداعية لإنتاج نص علمي، إنما يتم بناؤها بواسطة افتراضات ومفاهيم ثقافية مسبقة عن طبيعة الماووريين

وبواسطة اهتمامات كل مؤلف باحتياجات ومصالح جمهور معين. ومن الواضح أن نيومان كان يهتم بوجه خاص بالأدلة الطبية التي تدل على أن الماوريين كانوا منحطين ويعانون من تناقص عددهم، وبالتالي فإنه زاد من إبراز الأدلة التي من هذا النوع، بمثل ما قام هودج بدراسة سقوط الضوء على البحر ليجعل من ذلك ملمحا بارزا في لوحة «رأس الرجاء الصالح». وهكذا فإن الأدلة الطبية غير المتحيزة قد خدمت مصالح نيومان مثلما خُدمت مصالح هودج بتصويره للتأثيرات الجوية. وكما أن هودج قد اختار تصوير منظر لرأس الخليج يجسد مبادئ الكلاسيكية الجديدة، فإن مارشال بمثل ذلك تماما قد اختار أن يفهم عقم نساء الماوريين بلغة لا تتحيز للأوروبيين، واختار نيومان أن يفسر نفس الظواهر بلغة لا تتحيز للماووريين. فالصور الطبية عن الماووريين هي تركيبات ثقافية لا تعبر عن الحقيقة الإمبريقية نفسها، وإنما تعبر عن علاقة معينة بين الحقيقة وراصد معين.

وكما سبقت الإشارة إليه، فإنه يمكننا أن نجد توازيا مباشرا بين الاستخدام الاجتماعي للمعرفة الطبية وبين الاستخدام الاجتماعي للمؤسسات الطبية. وكما أن جداول العمل السياسية المختلفة قد أنتجت صورا مختلفة عن الماووريين فقد كان هناك، بما يماثل ذلك، أهداف سياسية مختلفة تقام من أجلها المستشفيات. فبالنسبة للمبشرين، كانت مستشفيات الأهالي أدوات للبر المسيحي والهداية المسيحية. وبالنسبة للحاكم جراي ولوزارة المستعمرات كانت المستشفيات أدوات للدمج العرقي. وعلى نحو متباين كانت مستشفيات الأهالي بالنسبة للكثيرين من ساسة المستوطنين لا تخدم مطلقا أي هدف مفيد. وبالتالي، فإن المعرفة الطبية مثلها مثل المؤسسات الطبية كانت أدوات لها أهميتها الاجتماعية والسياسية. فالمعرفة الطبية كانت المكافئ الثقافي للمعدات والأسلحة واللوحات المرئية، والمؤسسات الاجتماعية التي هيأها الأوروبيون وابتكروها لإنجاز مهام متنوعة فرضها عليهم إسهامهم في التوسع الإمبريالي.

ويبدو أن مؤرخي نيوزيلندا في القرن التاسع عشر ظلوا لسنين كثيرة وهم يكتبون حسب الانطباع، بأن الأطباء والعلماء هم على نحو ما فوق النزاعات، وبالتالي فإن شهادتهم لا تحتاج إلا إلى أن يؤخذ في الاعتبار الافتراضات الموجودة عموما وقتها، وبعدها يمكن استخدامها لتبصرنا بما

حدث بالفعل في الفترة موضع الدراسة. والحقيقة أن هذه الأمثلة السابقة تبرهن على أن الحال كان على العكس تماما. فالأدلة الطبية محملة بتضمينات عن الجوانب الحاسمة في السياسة الاستعمارية بالقرن التاسع عشر. وكان الأطباء على وعي بذلك فالتمس بعضهم توفير المصادر لإضفاء الشرعية على جماعات المصالح السياسية. وبالتالي، فإن المعرفة الطبية كانت أبعد من أن تكون محايدة جوهريا أو بالضرورة، وإنما كثيرا ما كانت تتسم بأنها أيديولوجية بل ومتحيزة تماما تحيزا ضيق النظرة.

حدث مؤخرا أن أخذ بعض مؤرخي نيوزيلندا ينظرون إلى المعرفة العلمية والطبية بالقرن التاسع عشر، في ضوء يتصف بأنه تاريخي على نحو أشمل. وأكمل وأحدث نقاش عن دور الأفكار العلمية في الآراء العرقية الاستعمارية بالقرن التاسع عشر، نجده في دراسة لچيمس بيليتش فيها مراجعة مقنعة لحروب الماووريين. ويشير بيليتش إلى أن المعرفة العلمية كان لها دوران في العلاقات بين المستوطنين الأوروبيين والماووريين في العهد الڤيكتوري. وأحدهما هو كجزء من الخلفية العامة للأفكار التي تفترض مسبقا انحطاط الشعوب غير الأوروبية. والدور الثاني دور أكثر نشاطا. ويصور بيليتش أفراد الشخصيات الفاعلة في نيوزيلندا في القرن التاسع عشر وهم يحشدون الأفكار العلمية في جدلهم وفي خطابهم. وبالإضافة إلى ذلك فهو يميز وجود محاجات معينة عند جماعات خاصة، وفي أوقات وأماكن خاصة. وبالتالي فإن بيليتش يلاحظ كيف أنه مع زيادة سوء العلاقات في منتصف القرن التاسع عشر، بدأت تشيع الصور غير المتحيزة للماووريين مدعومة بخطاب الداروينية الاجتماعية(*11).

والمقال الحالي يصادق بقوة على رأي بيليتش بأن المعرفة الطبية قد استخدمت عمليا وانتقائيا لدعم مواقف سياسية معينة. على أن الرأي الذي يطرحه هذا المقال عن المعرفة العلمية يتصف بدوره بأنه أكثر عملية. فهو يجادل بأن المعرفة العلمية عن نيوزيلندا في القرن التاسع عشر من الأفضل أن ينظر إليها ليس فحسب كجزء من خلفية للأفكار، ولا على أنها فحسب كيان من مصادر لحجج تفنيدية، وإنما أيضا كشيء قد تم صنعه عمليا وحشده بواسطة شخصيات فاعلة تاريخية ليخدم أهدافا ثقافية مختلفة.

إن إحدى المزايا الرئيسية للدراسة الحالية أنها تبرهن على أن الصور الطبية عن الماووريين أضفت شرعية، ليس على اتجاه واحد فحسب، بل على اتجاهات عديدة من إمبريالية القرن التاسع عشر. وحقيقة أن الصور المتنوعة تختلف الواحدة منها عن الأخرى بطرائق لها مغزاها سياسيا، تدلنا على الحاجة إلى أن ننظر إلى هذه التوصيفات على أنها قد ركبت عمليا بحيث تخدم مصالح اجتماعية. والخلفية المعاصرة من الأفكار، أو «الأيديولوجية الكلية» كما يسميها بيليتش، تعد أداة تفسيرية جد ضعيفة بحيث تعجز عن تفسير التمايزات الخاصة بين وجهات النظر المختلفة. والحقيقة أن وجود أيديولوجية كلية للسيطرة الأوروبية يمكنه فحسب أن يفسر أوجه الشبه بين آراء الشخصيات الفاعلة التاريخية وليس أوجه الاختلاف بينها. كما أن محتوى نصوص ساڤيج أو مارشال أو تومسون أو نيومان لا يمكن تفسيرها تفسيرا وحيدا فحسب، بلغة من عملية الانتقاء من المدى الكلي للمصادر العلمية بالمدن الحواضر، وهو مدى كان متاحا للشخصيات الفاعلة في نيوزيلندا، على أن الاستعارة من هذه المصادر كان لها بلا شك أهميتها. ومن الواضح مثلا أن الكثير من أوجه الأصالة والإبداع الاستعماريين قد دخلت في صنع كتاب تومسون «قصة نيوزيلندا».

إننا لنأمل في أن إدراك الطبيعة الاجتماعية العملية لصور الماووريين هذه، سوف يعمل كترياق مضاد للآراء المثالية السلبية عن دور المعرفة العلمية في نيوزيلندا في القرن التاسع عشر. وقد أتى بويد بعد بيليتش ليكتب مؤخرا أن «توتر العلاقات العرقية في نيوزيلندا ، من حوالي سنة 1850، قد أُرجع إلى تأثير الداروينية الاجتماعية، كما أرجع إليها أيضا أسطورة أن الماووريين كانوا عرقا يموت. ويطرح هذا المقال أن التفسير الصحيح هو بالضبط عكس هذا التفسير. فتوتر المواقف العرقية هو الذي خلق رواج النزعة للداروينية الاجتماعية وجعل من الماووري همجيا يموت. والشخصيات الفاعلة الاستعمارية لم يكن أفرادها بالسذج، كما أنهم لم يكونوا بالكامل كائنات تنتمي لثقافة المدن الحواضر. وأيا ما كان الحال، فإنه يجب أن ننسب لهم الفضل في أنهم قد استنبطوا أشكال المعرفة الخاصة بهم، لتساعدهم على التوصل إلى غاياتهم الخاصة الإمبريالية والاستعمارية المتميزة جد التميز.

الحواشي

(*1) الماووريون سكان نيوزيلندا الأصليون قبل أن يستوطنها البيض ـ (المترجم).
(*2) قارب كانو: نوع من قوارب التجديف خفيف وطويل وضيق، ينتشر استخدامه كثيراً في هذه المنطقة ـ (المترجم).
(*3) الأبوريجينيون: سكان أستراليا الأصليون قبل أن يستوطنها الإنجليز، كما يطلق ذلك أيضا على الماووري سكان نيوزيلندا الأصليين ـ (المترجم)
(*4) المقصود بالنيوزيلندي هنا الماووري، وهم سكان نيوزيلندا الأصليون وليس النيوزيلنديين المستوطنيين ـ (المترجم).

(*5) واحد من أنواع مرض السل المعدي يؤدي إلى التهاب وتضخم الغدد الليمفاوية، خاصة في العنق ـ (المترجم).
(*6) علم الجماجم: علم يتأسس على قياس الجماجم وشكلها وخصائصها الأخرى ـ (المترجم).
(*7) علم الفراسة: علم كان يدرس ملامح الوجه والجمجمة على أنها تدل على السمات الشخصية والعقلية ـ (المترجم).

(*8) الإثنوجرافيا : علم الأنثروبولوجيا الوصفية، أي علم دراسة الإنسان الوصفية ـ (المترجم).
(*9) المذهب البروتستانتي للكنيسة الإنجليزية ـ (المترجم).
(*10) الطوبوغرافيا: الوصف أو الرسم الدقيق للسمات السطحية لموضع أو إقليم، وتشمل المرتفعات والأودية والبحيرات والأنهار والطرق والجسور وما إلى ذلك ـ (المترجم).
(*11) الداروينية الاجتماعية، تطبيق سياسي لنظرية بيولوجية على المجتمع البشري، وهي النظرية القائلة بأن تطور الكائنات الحية يؤدي إلى بقاء الأصلح. ويستغل الاستعماريون والساسة الرجعيون هذا التطبيق لإضفاء الشرعية على ما يوجد في المجتمع البشري من تفاوت صارخ في الثروة والسلطة ـ (المترجم).

5 أوبئة مرض النوم(*1) والصحة العامة في الكونغو البلجيكي

مارينيز ليونز

كانت القوى الاستعمارية تعتبر عموما أن برامجها في الطب والصحة العامة، تعد شكلا من التعويض عن أوجه الضرر التي سببها استعمارها للشعوب الأفريقية. وبحلول السنوات المبكرة من أربعينيات القرن العشرين كان البلجيكيون يفاخرون بخدماتهم الطبية الاستعمارية في الكونغو، التي اعتبروها ملمحا بارزا من «مهمة نشرهم للحضارة». وتاريخ الخدمات الطبية في الكونغو يرتبط ارتباطا وثيقا بالحملة الخاصة بمقاومة وباء مرض النوم مبكرا في هذا القرن. وقد شكلت هذه الحملة الأساس لبرنامج من الصحة العامة، كما شكلت أيضا الأساس لإنشاء الخدمات الطبية، ذلك أنها كانت أول جهد حقيقي يبذله الأوروبيون لمعالجة الشؤون الصحية للأفريقيين، الأمر الذي يماثل ما حدث في الكثير من المستعمرات الأفريقية.

في أعقاب اكتشاف البريطانيين في 1901 لوجود

وباء خطير من مرض النوم في أوغندا، وجه ليوپولد ملك بلجيكا الدعوة إلى مدرسة ليڤرپول لطب المناطق الحارة التي كانت قد أنشئت حديثا لتفحص ولايته الحرة الكونغولية. وكان ليوپولد، وقد نبهه خطر المعدل العالي للوفيات في أوغنده المجاورة، يخشى أن يحدث انهيار سكاني في ولاية الكونغو الحرة يؤدي إلى فشل استغلالها اقتصاديا.

وكانت الممارسات العنيفة لموظفي ولاية الكونغو الحرة قد أدت بحلول 1902، عام الدعوة التي وجهت إلى مدرسة ليڤرپول، إلى أن أثارت دوليا السخط والإدانة لهذه الممارسات. وانزعج ليوپولد جد الانزعاج لما أصاب صورته من تلوث، وتبين له أن الاستجابة العاجلة لوباء مرض النوم الذي يحتمل وقوعه في المنطقة قد تساعد على تحسين سمعته. ومنذ البداية كانت هناك علاقة بين توفير الخدمة الطبية للكونغوليين والاعتبارات الاقتصادية والسياسية.

حدث بعد ذلك أن استولت الحكومة البلجيكية على سلطة إدارة الكونغو بدلا من ليوپولد، وإذا كانت هذه الحكومة قد حاولت أن تتجنب المزيد من سوء التعامل الإداري فقد ظل توفير الخدمات الطبية أمرا وثيق الصلة بالأهداف الاقتصادية والسياسية.

وإذ أعلن باحثو ليڤرپول أن المرض يتفشى كوباء في بعض مناطق ولاية الكونغو، فقد نصحوا ليوپولد باتخاذ إجراءات عاجلة لحماية المناطق التي اعتبروا أنها لم تصبها العدوى بعد - مثل المنطقة الشاسعة في الشمال الشرقي، التي عرفت فيما بعد باسم (الإقليم الشرقي). وسرعان ما بدأ بعد ذلك «إعمال الإجراءات الطبية» بالنسبة للكونغوليين، وذلك في حملة على مرض النوم طُرح للسكان من خلالها على نحو منهجي، فكرة أن الأطباء الأوروبيين هم ووسائل تطبيبهم لديهم الحل لمشاكل الاعتلال صحيا. وظلت الحملة البلجيكية تزداد إتقانا وصقلا عبر الزمن حتى أصبحت بحلول الثلاثينيات، تشكل القلب من برنامج الصحة العامة للمستعمرة. على أنه كما لاحظ أحد الإخصائيين فإن «الحملات الاستعمارية المختلفة ضد مرض النوم أصبحت روتينية... نوعا من رد الفعل المنعكس الشرطي، بل وأصبحت حتى وكأنها تثبيت للفكر، الأمر الذي نتج عنه أن أصبحت كل حالات الوباء تقاوم بأسلوب نمطي مقولب، دون أي تساؤل عما إذا كانت

الوسائل المختلفة قد تختلف في أفضليتها من منطقة لأخرى.

«الصراع»: الحملة ضد مرض النوم

كانت الحملة الطبية ضد مرض النوم تجري على جبهتين يشير إليهما البلجيكيون على أنهما الجبهة «الطبية» والجبهة «البيولوجية». والجبهة الأولى تشمل كل الأوجه الطبية الخالصة مثل تأسيس الهيئة العاملة من الأوروبيين والأفريقيين وتدريبها؛ وإنشاء بعثات طبية سنوية متنقلة أصبحت بحلول 1930 تقوم بفحص ما يقرب من ثلاثة ملايين فرد؛ والعمل تدريجيا على إنشاء شبكة من المستشفيات والعيادات الريفية وخاصة في الإقليم الشرقي؛ وإجراء الأبحاث على المرض والوسائل الممكنة للشفاء منه. أما الجبهة الثانية «البيولوجية» فهي أساسا جبهة إدارية تتضمن تنفيذ إجراءات الصحة العامة التي تهدف إلى التحكم في وقوع المرض وانتشاره. وكثيرا ما كانت الإجراءات التي تنفذ على هذه الجبهة بمنزلة محاولات مبكرة من «الهندسة الاجتماعية»، تجرى من خلال إعادة تنظيم المجتمعات الأفريقية وإعادة تشكيلها والعمل على التحكم فيها. وكانت معالم هذه الجبهة هي تعيين المناطق التي أصيبت بالعدوى والتي لم تصب بها، ورسم خريطة لها وتكوين «حزام صحي» يهدف أساسا لحماية المناطق التي لم تصب بالعدوى مثلما في أجزاء كبيرة من الشمال الشرقي؛ وكذلك عزل الأفراد الذين أصابتهم العدوى في أحد المحاجر الصحية الخاصة، أو في مخيمات للعزل، يحدد موضعها على أطراف المناطق التي لم تصبها العدوى؛ ثم العمل على إعادة تجميع السكان الأفريقيين وتغيير أماكن إقامتهم وذلك كجزء من برنامج عام، كان البلجيكيون يأملون منه أن يحلوا معا في نفس الوقت مشاكل الصحة العامة والمشاكل السياسية والاقتصادية؛ وأخيرا فهناك ما لا حصر له من الإجراءات الإدارية التي وضعت لتنظيم الأنشطة الأفريقية من أجل التحكم في وقوع مرض النوم وانتشاره.

اعتبر المرض بمنزلة عدو فعال تعمل الإدارة البلجيكية الاستعمارية على محاربته في هاتين الجبهتين. وكانت إدارة ولاية الكونغو الحرة في أغلبها إدارة عسكرية ولم تأخذ في التغير إلا في 1908، تغيرا تدريجيا بعد أن تحولت ولاية الكونغو من ولاية يحكمها ليوپولد إلى مستعمرة بلجيكية[*2]،

ومن الطبيعي تماما أن هذه الإدارة العسكرية كانت في غالبها تتصور المعركة ضد مرض النوم على أنها حملة عسكرية، سميت «الصراع». ومرض النوم، أو العدو، يجب العمل على عزله وإحاطته بحزام فاصل واحتوائه والتخلص منه. هذا وقد تم اكتشاف العوامل المسببة للمرض في 1903 - 1904، وهذه العوامل التي يؤمن الأوروبيون بأنها تسبب المرض هي التريپانوسوما(*3) وذباب التسيتسي(*4)، والتي أصبحت بعد اكتشافها الأهداف التي يمكن توجيه الهجوم عليها. ولم يكن لدى السلطات الاستعمارية أدنى شك بالنسبة لوسائلها في الهجوم، حيث كان يدعم هذه السلطات الدعوى بأن العلم الأوروبي بما فيه من طب وتكنولوجيا فائقين سوف ينجح في هذا الأمر، الذي ظلت المجتمعات الأفريقية تتخبط فحسب في شأنه. وعلى أي حال فإنه حسب ما يقوله أحد المديرين الطبيين في 1943 «نحن نعلم كيف كانت معرفة السكان المحليين بشؤون الصحة معرفة بدائية لا جدوى منها» .

والأمراض، مثلها مثل الأفريقيين المتمردين يجب إجبارها على الإذعان. وقد أحست السلطات الاستعمارية الجديدة أنها عندما تحمي من العدوى أولئك الناس الذين سيصبحون في المستقبل من عمالها ودافعي الضرائب لها، فإن ذلك فيه ما يبرر تماما محاولتها تأكيد تحكمها بالكامل. كان المعلم الرئيسي للفترة المبكرة من الحملة ضد مرض النوم هو «الحزام الصحي» الذي يعكس طبيعة نزعة الهيمنة الأبوية لسياسة الاستعمار البلجيكي، حيث الأولويات الصحية فيها تشكل جزءا من عملية تبرير أساليب الهندسة الاجتماعية.

وكانت هذه السلطات تحس بأن المجتمعات الأفريقية مثلها مثل الطبقات العاملة في أوروبا، يجب أن يتم التحكم فيها لحمايتها هي نفسها. على أنه كان ثمة فارق حاسم من حيث مدى الإجراءات الممكنة في الظروف الاستعمارية، حيث يمكن أحيانا ممارسة درجة من التحكم الاجتماعي لا يمكن تصور ممارستها في المدن الحواضر (المتروبول). وهكذا صدق المشرعون على كمية غزيرة من القوانين التي كانت تصدر معا عن بروكسل وبوما عاصمة الكونغو، وهي قوانين كان يفرض تنفيذها رجال الجيش والشرطة. وتم في نفس الوقت توجيه البنية التحتية الطبية المتنامية من

الأفراد والمنشآت والإجراءات، من أجل تحديد مكان كل المصابين بالتريپانوسوما وعزلهم والتعامل معهم.

الحزام الصحي والعزل: 1903 ـ 1909

بدأت حملة مرض النوم رسميا يوم 5 مايو 1903، عندما أعلن نائب الحاكم العام أن عزل ضحايا المرض هو «الإجراء الوقائي الرئيسي الذي يجب اتخاذه من أجل الحد من انتشار المرض». وأثار أحد الأطباء «السؤال الحساس» عما يجب عمله بشأن عائلات ضحايا المرض. هل ينبغي عزلهم أيضا؟ إلا أنه أضاف متسائلا: أنه باعتبار «ما عند الأفريقيين من إهمال ولامبالاة بالشؤون الصحية، كيف سنتمكن من التوصل إلى إجراءات فعالة لترقب حالات المرض؟ وبينما ذكّر الطبيب الحاكم العام بأنه أثناء وباءي الكوليرا والطاعون الحديثين في آسيا الصغرى وبلاد العرب، أصابت العدوى أكثر من ميناء في البحر المتوسط بالرغم من «الحزام الصحي»، فإنه قال مفسرا : إنه يخشى من أن الكونغوليين سيظهرون، مثل الشعوب الشرقية، «نفس الكراهية لكل الإجراءات الصحية، التي لها اعتبارها في الحضارة الغربية»، وأن هذا فيه ما يمنع تأسيس «حزام صحي»، ناجح.

هذا وقد أعطيت التعليمات للموظفين المحليين وكذلك لكل المنظمات الدينية والخيرية في الولاية، لاستقصاء الأمور في القرى التي في موقعهم المحلي وأن ينبهوا زعماء الأهالي إلى الإجراءات التي عليهم اتخاذها. وكانت هذه الإجراءات تتضمن بالطبع عزل الضحايا على مبعدة من القرية وحرق أكواخهم، وكذلك تدمير كل الملابس والأدوات المنزلية لمن يموتون بالمرض. ولم يكن هناك أي تعليمات عن الطريقة التي تم بها إنجاز هذه الأهداف (حتى عندما يكون من المتاح وجود مترجمين، مناسبين للغات)، كما لم يكن يجري أي نقاش حول إمكان وجود ما يتعلق باختلافات ثقافية بين المجتمعات الأفريقية، وعلى وجه الخصوص كيف تؤثر هذه الاختلافات في الأفكار المحلية لطريقة تناول المرض.

تم في ديسمبر 1905 زيادة في تنظيم الحملة منهجيا بأن صدرت توجيهات رسمية لكل إدارات الموظفين الاستعمارية. فحرم تحريما صارما انتقال الأفراد المصابين بالعدوى «فيما عدا» انتقالهم إلى المحجر الصحي حسب

أوامر الطبيب. وكان من المعتقد أن في استطاعة أي فرد أن يتبين بسهولة وجود الغدد المتضخمة، خاصة الغدد العنقية التي في القفا، والتي كانت تعد العرض الرئيسي للعدوى. وبناء عليه صدرت التعليمات للموظفين بأن يرسلوا في التو من يشتبه في أنهم ضحايا للمرض إلى أقرب مركز طبي، حيث يمكن فحص السائل الليمفاوي والدم تحت المجهر بحثا عن وجود برهان على العدوى. على أنه يجب عدم إرسال أي ممن يشتبه في مرضه تحت «أي» ظرف إلى منطقة غير ملوثة بالمرض. وإذا اضطر ضحايا المرض إلى استخدام النقل النهري للوصول إلى المحجر الصحي، «فإنه (يجب) وضعهم في أقفاص متنقلة تحاط من كل جانب بشبكة دقيقة من السلك» حتى تمنع ذباب التسيتسي من لدغهم ونشر المرض.

لم يحدث أي تغيير له أهميته في سياسة العمل بين 1903 ومنتصف 1906، حيث إنه لم يكن هناك أي علاج متاح، ولما كان مرض النوم دائما مرضا قاتلا، فإن الإجراء العملي الوحيد كان العزل الكامل لكل من يشتبه في أنهم من ضحايا المرض. على أن الموقف تغير تغيرا عظيما في ديسمبر 1906، حيث صدرت تنظيمات جديدة بشأن مرض النوم كنتيجة لظهور دواء الأتوكسيل وهو أحد مركبات الزرنيخ. ولهذا الدواء قيمته للضحايا في أول أطوار المرض أثناء وجود الطفيليات في أطراف جهاز الدورة الدموية. وكان يظن خطأ أنه يمكن أن يحدث الشفاء في فترة من أربعة إلى ستة أسابيع، وبالتالي كان يجري فحص فرزي منتظم لتعيين الحالات المشتبه فيها. على أن بعض الأطباء كانوا ينفرون من استخدام الأتوكسيل، فقد اعتبروه دواء خطرا حتى بين أيدي المتخصصين.

الترقب[5*] والبحث

بناء على ما سبق فإنه ابتداء من 1906 تحول الأمر إلى التشديد على استخدام الدواء الجديد. وبالتالي فقد أصبحت صيحة المعركة في هذه الحملة هي «الترقب المتواصل» للحالات مع التعاون الكامل من كل الأوروبيين. لم يكن تحديد ضحايا المرض في أطواره المتقدمة صعبا صعوبة العثور على الضحايا في الأطوار الأولى من المرض، الأمر الذي أصبحت له الأولوية الجديدة. وكان يعتقد أن مرضى الأطوار الأولى هؤلاء أكثر نقلا للعدوى،

كما أنهم أيضا أسهل في علاجهم. وهكذا بذلت الجهود من أجل تعليم أفراد السلطات الأفريقية طريقة البحث عن الغدد المشتبه في أمرها، وطلب منهم التبليغ عن الحالات المشتبه فيها توا. وكان من المعتقد أيضا أن من الضروري أن يفهم الأفريقيون دور ذبابة التسيتسي في نشر العدوى، وأعطيت للإداريين توجيهات عن طريقة التعرف على الذباب وإقناع زعماء الأهالي بأهمية تطهير قراهم من كل الأدغال التي تأوي إليها ذبابة التسيتسي.

شكك بعض أطباء الولاية في جدوى سياسة العزل كإجراء شامل. وكما يفسر أحد الأطباء الأمر في 1905 فإن هناك أفريقيين كثيرين جدا عندهم غدد متضخمة، بحيث إن عزلهم كلهم سيكون أمرا مستحيلا بسبب نقص الأفراد اللازمين لذلك. ليس هذا فحسب، بل إن هذا أيضا سيؤدي إلى شلل في التجارة. وحسب رأي هذا الطبيب فإنه «لا يمكن للمرء الحجر على أناس ليس لديهم أعراض مرضية» سوى تضخم الغدد. كما أنه كان لديه المزيد من الشكوك بشأن مدى أخلاقية أن تنتهك الحرية الفردية بمثل هذه السياسة الجائرة. ومع كل، فإنه يشير إلى أن الأفراد المصابين بمرض السل المعدي في أوروبا، يسمح لهم بالاحتفاظ بحريتهم حتى إن كان الجمهور ككل يتعرض لخطر العدوى.

وأبدى أطباء آخرون أيضا القلق بشأن مشروعية علاج المرضى ضد إرادتهم. وفي 1907 رد مدير الشؤون القضائية على الأسئلة المتشككة لأحد أطباء الولاية بأن أيد في حزم قيام الولاية بالعلاج الإجباري، وإن كان ذلك مصحوبا ببعض التحفظات. وأعلن أن حكومة الولاية ليست صاحبة الحق فحسب في اتخاذ الإجراءات الضرورية، لمنع انتشار الأمراض المعدية القابلة للانتقال، بل إن هذا أيضا التزام عليها. وجادل بأن من المرغوب فيه احترام الحرية الفردية بقدر الإمكان، ولكن حكومة الولاية، وليس أفراد الأشخاص، هي التي عليها أن تتخذ القرارات بشأن أفضل الوسائل لمحاربة أي وباء. ويصدق ذلك حتى على البلاد التي تضمن حقوقا دستورية للأفراد، حيث يضحى بالفرد في سبيل متطلبات شؤون الأمن العام أو الصحة العامة. على أنه فيما يتعلق بمسألة حق حكومة الولاية في فرض علاج قد يسبب أحيانا فقدان البصر، فإن مدير الشؤون القضائية كان يعتقد أن علاجا

كهذا سيكون غير إنساني، وأن إعطاءه للضحايا غير الراغبين فيه أمر يتنافى مع المبادئ الأولية «للقانون الطبيعي». وإذا ثبت أن فقدان البصر هذا أمر ينتج عند كل من يتعاطى هذا العلاج، فإنه لا يمكن استخدام العلاج إلا بموافقة من ضحية المرض الذي يجب إنذاره مقدما بخطر العلاج.

«مثلث» الحزام الصحي

لعل أهم معالم قانون 5 ديسمبر 1906 هو «الحزام الصحي» الذي فرض حول منطقة أويل في شمال الكونغو، وهي منطقة يبلغ اتساعها حوالي 300 ألف كيلو متر مربع. وقد تم إنجاز ذلك بواسطة استخدام سلسلة من المحاجر الصحية تقع على أطراف المنطقة. وتم بين 1907 و 1910 إنشاء الأماكن الرئيسية للحجر الصحي ومراكز المراقبة في مراكز لحكومة الولاية، في إيبمبو وبارمبو وستانلي ڤيل وأبا وباكوما. وبحلول 1912 كان هناك أربعة عشر مركزا للمراقبة خلال كل المستعمرة، وذلك مع تحديد المناطق الوبائية الرئيسية على أنها في حوض سيمليكي وفي كيڤو وحوض كويلر وفي كدانجو، وتقع كلها في الجنوب والغرب من الإقليم الشرقي.

يصف لنا إينج هايبرج المبادئ الأساسية لنظام الحجر الصحي، وهايبرج هو أول مدير للحجر الرئيسي للشمال الذي يقع في إيبمبو. وهو ينصح بأن يكون موضع مخيمات العزل على حدود المناطق الملوثة، بدلا من أن تكون داخلها، ويؤكد على أن الانتقالات التي يسببها تجنيد العمال من المناطق المصابة بالعدوى لها تأثيرها الكبير في نشر المرض. وكل تجنيد للعمال يجب أن يصحبه فحص طبي دقيق يجب تكراره على طول طرق الانتقال، وهذا في الواقع يشكل «غربالا» للإمساك بضحايا مرض النوم. يصف هايبرج أيضا الطريقة التي يجب بها إجراء دورة بحث للإيقاع بكل المشتبه في أمرهم. فيجب أن يبدأ الطبيب من أبعد نقطة عن مركز المنطقة، وهو بهذه الطريقة «سيكسح أمامه كالصياد» كل المشتبه فيهم ويقذف بهم من خلال مركز المراقبة أو «مفتاح» المنطقة.

لا يكاد يدخل ضحايا المرض إلى المحجر الصحي حتى يتلقوا حقن الأتوكسيل، وتجرى لهم فحوص دورية، يجب إثباتها بحرص في السجلات. والعزل يتراوح بين «الحبس الكامل» وبين وضع الضحايا تحت رقابة غير

مقيدة نسبيا. كان هايبرج يشعر بأن الاحتجاز بأسلوب السجون هو الأمر المفضل إداريا بالنسبة للأوروبيين والأفريقيين معا. فالواجبات والحدود هنا واضحة والنظام العام لا ينتهك، «إلا ربما في لحظة احتجاز أحد ضحايا مرض النوم». ولا يمكن أن يحدث التقاء لأحد ضحايا المرض مع الجنود أو الأهالي الأفريقيين، وأهم من ذلك أنه يجب ألا تجد الأسلحة طريقها لداخل المحجر الصحي. ويضيف الطبيب قائلا: «وعلى كل، فإن العزل هو ما يصنع المحجر الصحي». على أنه كان يرى أيضا أن هناك بعض المساوئ في نظام العزل بأسلوب السجون، الذي يتطلب «ترقبا نشطا حازما» وإجراءات أخرى صارمة. والمشكلة الرئيسية هي الوجود الدائم للتهديد بالتمرد، وبالتالي فإن هايبرج يفضل المحاجر الصحية الأكثر تحررا وانفتاحا، ويحتفظ بالعزل الصارم للحالات التي تكون حقا حالات متقدمة أو مستعصية.

لم يكن يسمح رسميا لعائلات المرضى بأن تزورهم في المحاجر، إلا أن الأهل كثيرا ما كانوا يرافقون ضحايا المرض ويحاولون البقاء معهم. وفشل البلجيكيون في فهم أهمية هذا الجانب الاجتماعي من استجابة الأفريقيين لاعتلال الصحة وطريقة تناول المرض، ونشأ عن فشلهم هذا صراع وفر للمؤرخين مجالا غنيا للأبحاث. وكان مما يحدث كثيرا جدا في أيام الكونغو المبكرة، أن يظهر الإداريون جهلهم بالممارسات الأفريقية الاجتماعية والطبية. على أنه كان يحدث أحيانا أن تجد الاهتمامات الإنسانية طريقها لاختراق الأمور، كما حدث في 1907 حيث كان ثمة رجل بالغ الحساسية يدير إحدى المناطق، وتوجه بخطابه إلى الحاكم العام قائلا له: «أود أن أعرف إذا كان يمكن لعائلات المرضى أن تعيش في المركز، وإذا كان يمكن أن توفر لهم الولاية الإمدادات اللازمة لهم، ذلك أنه يحدث كثيرا عند دخول واحد من أعضاء الأسرة إلى المستشفى أن يكون الأعضاء الآخرون غير راغبين في تركه وحده. وسيكون من القسوة طردهم بعيدا».

ومشكلة مصاحبة الأهل تكشف لنا أيضا عن طريقة البلجيكيين في تناول «شؤون الأهالي» تناولا يلتزم بحرفية القانون أقصى الالتزام. وكمثل، فإن طبيب المحجر الصحي ستانلي ڤيل يسأل في 1907، عما إذا كان ينبغي عليه أن يعيد الزوجات «الشرعيات» لضحايا المرض إلى قرى موطنهم،

مبينا أن هذا لن يتم فعله إلا بعد التأكد من شرعية زواجهن، وأن زوجة واحدة فقط سيعتبر أن لها وضعها الشرعي.

وينبه هايبرج إلى أن من أكثر الأمور أهمية أن يعامل المرضى بعطف وود وتساهل. ويجب إطعامهم بعناية. وينصح بأن من الأفضل السماح للناس بأن يعيشوا في مجموعات صغيرة تتشابه ثقافيا ـ «بأسلوب القرية» ـ مع تعيين رقيب أو عريف سابق من «القوات العامة» كرئيس للجماعة. وينبغي ألا يتدخل الأطباء والإداريون سوى أقل تدخل ممكن في النزاعات الداخلية بين الأفراد.

الاضطرابات في المحاجر الصحية

بحلول عام 1910 أصبح من الواضح أن نظام العزل التام بأسلوب السجون، يعاني من الصعوبات، وإن كانت المشاكل الخطيرة قد ظهرت في التو تقريبا عند تطبيق سياسة عمل 1905 ـ 1906. فسرعان ما تبين أطباء الحجر الصحي أنه على عكس الآمال المبكرة فإن الأتوكسيل لم يشف إلا عددا قليلا جدا من المرضى في الأطوار الأولى من المرض، مع حدوث بعض الانتكاسات، بينما لم يكن للأتوكسيل أي تأثير في المرضى وهم في الأطوار المتأخرة. ورصد الأفريقيون بسرعة بالغة هذه النتائج البائسة. كان معدل الوفيات مروعا، وبات في محجر إيبمبو ما يبلغ تقريبا ثلث من أدخلوا حتى 1911. وبالإضافة إلى ذلك، كان هناك تأثير جانبي مخيف لحقن الأتوكسيل، فقد أصيب بالعمى ما يصل إلى ثلاثين في المائة ممن عولجوا به، حيث أدى الدواء إلى ضمور العصب البصري. وأصيب الأفريقيون بالرعب من حملة «الصراع» ، وأصبح من الشائع أن يطلق على المحاجر الصحية أنها «مخيمات الموت». ودارت شائعات جامحة عن أن الموظفين الرسميين الاستعماريين يسببون المرض. ليس هذا فحسب، بل إنهم أيضا يطاردون الناس حتى يجمعوهم ليأكلوهم. وفي 1905 وجه أحد المبشرين النصيحة بأن حكومة الولاية ينبغي أن تنشئ «مستعمرات لمن لا شفاء لهم»، وتم تنفيذ هذه النصحية واقعيا.

كان لهايبرج خبرة مهنية بمصحات المجانين الأوروبية، مما يجعل من ملاحظة آرائه عن الاختلافات بين مريض الجنون الأوروبي ومريض مرض

النوم الأفريقي أمرا على أوثق صلة بالموضوع. وحسب ما يقوله هايبرج، فإن المرضى الأوروبيين في مصحة المجانين كلهم تقريبا لهم توهماتهم الخاصة بكل منهم، وهذا يجعل من وقوع شغب منسق في المستشفى حدثا لا وجود له، بل وحدثا مستحيلا. أما في الكونغو فإن هايبرج يعتقد أن ضحايا مرض النوم لديهم نوع مختلف من «الجنون». فمرضهم يقلل من قدرتهم على التفكير ولكنه لا يدمرها. وضحايا مرض النوم يتملكهم وسواس قهري بأفكار مثل «حبسهم ظلما»، ووجود مائة من ضحايا مرض النوم معا لديهم «قهار» متماثل يشكل تهديدا هائلا. وعندما زار أحد الإداريين المحليين المحجر الصحي في سبتمبر 1910، تكررت مفاتحة المرضى له بنفس الشكوى، وهي أنهم قد منعوا من «رؤية ديارهم».

وآراء هايبرج عن الجنون والسلوك «غير المنطقي» آراء مثيرة للاهتمام، في أنها تكشف عن المواقف الأوروبية المعاصرة وقتها، عن المجانين كأناس مصابين بالقهار ، ولديهم أفكار ثابتة، ويتصرفون على نحو فردي وليس كجماعات. أما بالنسبة للأفريقيين فإن هايبرج يطرح نوعا مختلفا من الجنون، جنون لجماعة من الناس تتشارك في فكرة قهارية غير منطقية. ولعل الأهم من ذلك، أن هايبرج لم يستطع النظر إلى رغبة الأفريقيين في التهرب من الطب ـ البيولوجي الغربي، ليعودوا إلى قومهم ولطرائقهم في التعامل مع محنتهم، لم يستطع أن ينظر إلى ذلك إلا على أنه سلوك غير منطقي بالمرة ـ أو سلوك جنوني. وهايبرج هكذا، مثله مثل الكثيرين من أصحاب النزعة الاستعمارية، يؤمن بأن الأفريقيين يتصرفون على نحو غير منطقي، إذ يرفضون مزايا الحضارة الغربية.

وكان يحدث دائما أن يتمكن بعض نزلاء المحجر الصحي من الفرار إلى المناطق المحيطة، على أن تزايد الإحباط والعداء لدى الضحايا المعزولين في إيبمبو، وجد التعبير عنه في حدثين من أحداث الشغب الخطيرة في 1909 و 1910، الأمر الذي أثبت هواجس هايبرج. وأعطت أحداث شغب إيبمبو الإشارة إلى وجود حاجة للإصلاح. وكما قال هايبرج في 1910، فإن المحجر الصحي يعد بصورة كاملة سجنا دائما، وينبغي أن ينقش عليه «يا من تدخل هنا، فلتتخل عن كل أمل».

كانت الحملة ضد مرض النوم، مثلها مثل السياسات البلجيكية

الاستعمارية الأخرى، شديدة المركزية، حيث تصدر معظم تعليماتها مباشرة من بروكسل. ولم يكن هناك وجود لإدارة طبية مستقلة للمستعمرات حتى ديسمبر 1922. وكان هناك خدمات طبية تدار ببروكسل منذ ديسمبر 1909، إلا أن الأطباء في المستعمرة ظلوا يخضعون خضوعا صارما لسلطة الإداريين في مناطقهم المحلية. وقبل ديسمبر 1910 ونشأة أول مصلحة طبية للكونغو، لم تكن هناك «سلطة طبية حقيقة تضع القوانين الصحية». وكانت كل هذه القوانين تصدر عن السلطات المدنية والعسكرية. وبالتالي، فإن إجراءات مثل جوازات السفر الصحية والخرائط الوبائية التي يتأسس عليها «الحزام الصحي» قد انبثقت على أيدي إداريين غير طبيين. وهكذا فإن القوانين المحلية التي تتحكم في حياة الأفريقيين - مثل اختيار موقع القرية، والصيد، وإنتاج الملح، والسفر والعلاقات بالأهل - كانت كلها أمورا يرسم خطتها موظفون غير طبيين.

وفي نفس الوقت، فإن الأطباء الذين تصدر إليهم التعليمات بتنفيذ الإجراءات ضد مرض النوم كثيرا ما كانوا يجدون أنفسهم في موقف مستحيل، إذ يكون عليهم أن يطلبوا العون من الإداري المحلي للمنطقة. وكثيرا جدا ما يكون هذا الإداري عازفا عن دعم مطالب الأطباء. والسبب الرئيسي لعدم وجود تعاون هو الحاجة السياسية لإبقاء الأفريقيين على تحملهم للحكم البلجيكي. فتنفيذ إجراءات الصحة العامة سيؤدي إلى أن يجعل الإداريين المحليين مكروهين من الناس بدرجة أكثر من كرههم لهم من قبل. ولما كان الإداريون المحليون يعانون من الضغط عليهم لإنجاز أهداف سياسية واقتصادية معينة، هي تجميع العمال وتحصيل الضرائب، فقد اختاروا أن يتجاهلوا بقدر ما يمكنهم الإجراءات الطبية وإجراءات الصحة العامة.

كانت المعالم الرئيسية لحملة «الصراع» في 1909 هي «الحزام الصحي» والعزل في المحاجر الصحية، وهي معالم اعتبر أحد الأطباء أنها معا تعد «الترياق العام العظيم للصحة العامة في الكونغو». ولكن الحملة وقد صحبها، كما يقر هذا الطبيب، علاج كيماوي لا فعالية له، بل وعلاج خطر، فإنها أثارت بشدة انعدام الثقة فيها بين الناس. وبالإضافة إلى ذلك فإنه يقول إن أبحاث المسح المتقطعة لضحايا المرض في القرى الأفريقية كان ينظر إليها

على أنها «لا تزيد على أن تكون عملية لصيد البشر» ، وكانت النتيجة هي أن «يفر الناس (من) الأطباء بأسرع مما كانوا يفرون من محصلي الضرائب !». وكثيرا ما كان يطلب من الجيش أن يساعد الأطباء في فحص الأفريقيين ثم في تنفيذ عزلهم. ومن الواضح أن هذه التوليفة من البيروقراطية المعقدة المتخبطة، مع وجود نظام عزل لا مخرج منه إلا بالهرب أو الموت، وحيث يصاب بالعمى ثلث من يأخذون العلاج، من الواضح أنها توليفة فاشلة.

كانت الاستجابة الأفريقية للفترة المبكرة «من حملة» الصراع قد أظهرت للإدارة الاستعمارية أنه لا يمكن أن يكون أي برنامج للصحة العامة برنامجا فعالا في الحقيقة إلا إذا حدث تعاون بين كل من يشارك فيه، أفريقيا كان أو أوروبيا . وأخذ يتضح ببطء التحقق من أن أفراد هيئات الموظفين الطبية والإدارية عليهم أن يتعاونوا حتى ينفذوا إجراءات الحملة ضد مرض النوم. وكانت هناك فيما سبق نداءات تطلب تفهم السلطات الأفريقية ودعمها للحملة، من أجل فحص كل الناس وعزل الأفراد المصابين بالعدوى، على أنه أصبح من الواضح في أواخر 1909، أن تفهم ودعم كل الأفريقيين المتأثرين بالحملة أمران ضروريان إن كان لها أن تنال أي فرصة للنجاح. والحقيقة أن استجابة الناس للحملة البلجيكية ضد مرض النوم، كانت عاملا أساسيا لتشكيل تطور الصحة العامة في المستقبل بالمستعمرة.

فترة ما قبل الحرب: 1910 ـ 1914

حدثت في السنوات التي سبقت مباشرة الحرب العالمية الأولى، إصلاحات لها أهميتها في السياسة الصحية، وكذلك أيضا في الخدمات الطبية للمستعمرة. وبدأ التحول في 1910 باتخاذ سلسلة من الإصلاحات. كان التغير الرئيسى في سياسة العمل هو أن المحاجر الصحية يجب أن تصبح أكثر انفتاحا، فتصير «قرى ـ محاجر صحية» لايقيم فيها إلا المرضى الذين تأخرت حالتهم تأخرا شديدا أو المرضى جد المشاغبين. وكانت هذه المؤسسات الجديدة، بخلاف جو المحاجر الصحية القديمة المشابه للسجون، تتسع لإيواء الأقرباء المباشرين من أعضاء أسر ضحايا المرض.

أما سائر ضحايا المرض فكلهم يعالجون في العيادة الخارجية، فيفدون إلى عيادات لإعطاء الحقن يحدد موقعها على نحو مريح بالقرب من

مساكنهم. وبالتالي فإن المرضى سيمكنهم الاستمرار في العمل أو في المساهمة في إنتاج الطعام، ما دام لديهم القدرة على ذلك.

عكست هذه الإصلاحات اهتماما إداريا يتجاوز محض الاهتمام الطبي، وشمل ذلك قضايا عديدة. فأولا، كانت هناك تلك المسألة المهمة التي تتعلق بالسمعة غير الطبية لإدارة ليوپولد لولاية الكونغو الحرة، وهي سمعة كانت الحكومة البلجيكية تود محوها بعد أن استولت على السلطة في 1908. ثم كان هناك أيضا أن البلجيكيين كانوا لا يزالون متورطين تورطا عظيما في عملية إرساء سلطة الحكومة في أجزاء عديدة من الكونغو ، بما فيها منطقة الشمال الشرقي. وبالتالي، فبينما كانت إدارة المستعمرة الجديدة لا تزال مشغولة في عملية الفتح والإدماج، فإن هذه الإدارة كان عليها أيضا أن تظهر على أنها أكثر إنسانية من نظام حكم ليوپولد، حتى تتجنب المزيد من شجب «القوى العظمى». وإذا كان من المهم أن ننظر إلى الأحداث أثناء هذه الفترة في السياق الأوسع لخطة العمل السياسية لتحسين صورة الإدارة، فإنه يجب أن نوضح أن أفراد الهيئة الطبية في الكونغو ظلوا يضغطون معا لبعض الوقت من أجل تكوين مصلحة طبية منفصلة، تتيح أن تجعل الخدمة الصحية مطابقة للمبادئ المنطقية وتمكّن من تطوير سياسة عمل للصحة العامة تكون أكثر منهجية. وفي أعقاب جولة للحاكم العام في منطقة مصابة بعدوى مرض النوم بأعداد كثيرة، طرح الحاكم العام في 1910 القيام بحملة جديدة كبرى لمكافحة المرض في كل المستعمرة. ونتج عن تواكب ضغط أطباء المستعمرة لتكوين مصلحة طبية مع ما اتضح من زيادة انتشار وباء مرض النوم، أن تكونت هذه المصلحة في نهاية 1909، وإن كان البرنامج الشامل لمكافحة مرض النوم لم يوضع موضع التنفيذ حتى 1918. وظلت المصلحة الطبية الجديدة، مثلها مثل الفروع الأخرى من الإدارة الاستعمارية، تتخذ قاعدتها في بلجيكا، حيث بقيت خاضعة لمركزية جد صارمة، حتى أن أحد المعاصرين علق على ذلك بأن الحملة على مرض النوم، كانت معركتها تدار من المكاتب في بروكسل، وليس أفريقيا.

مرض النوم والتحكم الإداري

كانت سياسة العمل ضد مرض النوم مجدولة في ضفيرة مع قضايا

أوسع في شؤون إدارة الأقاليم، وبدأت هذه الصلة تظهر واضحة بعد 1910. وكمثل كانت هناك مشكلة التحكم في انتقالات الناس في داخل المستعمرة، وكذلك أيضا عبر حدودها الدولية. ويقع الكونغو الفرنسي والسودان وأوغندا كلها على الحدود الشمالية الشرقية، وكل بلد منها كان في 1910 يحوي مناطق مصابة بمرض النوم إصابة وبائية خطيرة. وبالتالي، فإن تحركات الناس إلى الداخل والخارج من الكونغو كانت هاجسا رئيسيا تهتم به الإدارة. وكان هناك تفاعل له أهميته بين إجراءات مكافحة مرض النوم، وخاصة الإجراءات المتعلقة «بالحزام الصحي»، ومن الاهتمامات الأوسع اقتصاديا واجتماعيا لدى إدارة الأقاليم: فالكونغو الشمالي كان مصدرا مهما لقوة العمل في المشاريع الاقتصادية، مثل مناجم ذهب ليكو ـ موتو، وإنشاءات الجيش، ومد الطرق. وكان المسؤولون عن تجنيد العمال لهذه الأنشطة يضغطون على السلطات الاستعمارية لتسمح لهم بالوصول بسهولة إلى العمال الأفريقيين في شمال الكونغو، بينما كان الخبراء الطبيون يضغطون، في نفس الوقت، لتنفيذ إجراءات تحكم أشد بالنسبة لتحركات السكان، وذلك من أجل وقاية شمال الكونغو من مرض النوم. ومما يثير السخرية أن أحد القطاعات الاستعمارية، وهو القطاع الاقتصادي، كان يضغط من أجل تنفيذ سياسة عمل يمكن أن يكون لها تأثير ضار على صحة الأفريقيين، بينما كان قطاع استعماري آخر، وهو القطاع الطبي، يناضل لوقاية الأفريقيين من انتشار المرض. ولم تكن السياسة الاستعمارية متوحدة، وإنما كانت بدلا من ذلك توليفة بين المصالح التي يحدث أحيانا أنها تتضارب، وسيكون من الأمور بعيدة الاحتمال أن تُنسب دوافع ميكيافيلية[*6] لأولئك الذين يضعون سياسة الصحة العامة ولرجال الإدارة الذين ينفذون إجراءاتها. ومع ذلك فإن إجراءات مقاومة مرض النوم كانت تشكل جزءا من نظام التحكم الذي استخدمه الحكام البلجيكيون.

كان العنصر الحاسم في إصلاح سياسة العمل ضد مرض النوم هو إدخال جوازات السفر الطبية الإجبارية في 30 إبريل 1910. وقبل ذلك كان يطلب من كل الأفريقيين الذين ينتقلون عبر الحدود المباشرة لمناطق ديارهم، أن يحصلوا على تصريح سفر يسجل فيه الأطباء تفاصيل كل الفحوص الطبية لهم. وابتداء من أبريل 1910 حلت جوازات السفر الطبية محل وثائق

السفر الأقل دقة، وذلك في محاولة متزايدة للتحكم في أي تحرك للأفريقيين.

كان العنصر الأساسي في مراجعة سياسة الصحة العامة هو توحيد المعايير في مراكز المراقبة. وكانت هذه محطات لترقب المرض والفحص الفرزي وضعت في مواقع استراتيجية، ويعمل فيها مساعد طبي يكون في الوضع الأمثل أوروبيا يعمل «كموظف صحة» أو معاون طبي. ولكن كثيرا جدا ما كان هذا المساعد الطبي فردا أفريقيا وحيدا من «الممرضين» أو معاوني الأطباء، وقد وضع معه مجهر (ميكروسكوب). وكان من واجباته أن يجري فحصا فرزيا لكل المسافرين، وأن ينتبه على وجه الخصوص لمن يأتون من المناطق التي يعرف عنها أنها مصابة بعدوى المرض. وكانت إحدى المهام الرئيسية لمركز المراقبة إصدار جوازات السفر الطبية وذلك في محاولة لزيادة تقييد انتقالات الناس.

ومما قيل، إنه بالنظر إلى الأعداد الكبيرة من ضحايا المرض، وإلى قصور الموارد وعدد الأفراد العاملين، فإن الكثير من هذه اللوائح الضخمة لم تكن لها سوى «أهمية أكاديمية»، فهي مجرد «حبر على الورق». وإذا كان من الحقيقي أن الكثير من هذه التعليمات لم يكن في الإمكان تنفيذها بنجاح بسبب نقص الموارد وخاصة نقص الأفراد، إلا أنه سيكون من الخطأ أن نهمل النظر إلى سياسة العمل القديمة ضد مرض النوم باعتبار أنها مجرد «حبر على الورق». وإذا كان الكثيرون من رجال حكومة الولاية الرسميين يتجاهلون اللوائح التنظيمية، فإن هناك آخرين كانوا يبذلون جهدا له اعتباره لفرضها.

كان أحد المعالم الأخرى المهمة في الحملة في هذه الفترة المبكرة هو ظهور سياسة عمل متميزة، فيما يتعلق بتنظيم المجتمعات الأفريقية وشكلها. وقد ظلت مسألة إعادة بناء المجتمعات الأفريقية لعدة عقود من السنين قضية مهمة ومزعجة بالنسبة للسلطات الاستعمارية. وقد أصبحت مشكلة مهمة بشكل خاص، عندما حدث تضارب بين سلطات الصحة العامة ورجال الإدارة المحلية. ذلك أن هاتين المصلحتين كان لكل منهما دوافع مختلفة بالنسبة للرغبة في إعادة تنظيم المجتمع الأفريقي. وعندما كانت المصلحتان تتفقان بشأن إعادة تنظيم مجموعة من الناس وتغيير مكان إقامتها، كان

التضارب عندها يقل، وإن ظل هناك تزايد في نفور رجال إدارة الأقاليم من توريط أنفسهم في هذا الشكل من التدخل الإداري الذي كان جد مكروه من الناس.

منذ البدايات المبكرة للحملة ضد مرض النوم، كان أحد التكتيكات التي يكثر استخدامها هو إعادة تجميع أفراد السكان الأفريقيين، وإعادة تحديد مكان إقامتهم. والسبب الظاهر لذلك هو حماية الناس من خطر العدوى من خلال الاقتراب من مناطق ذباب التسيتسي المصاب بالعدوى، إلا أن إعادة تجميع مجموعات سكانية بأسرها وإعادة تحديد موقع إقامتها، كان له أيضا فائدته المريحة في الإيفاء باحتياجات أخرى للإدارة المحلية، خاصة أثناء الفترة الاستعمارية المبكرة عندما كانت حكومة الولاية لا تزال مقلقلة في سيطرتها. فكان الإداريون المحليون يفضلون أن يحدد موقع إقامة رعاياهم بحيث يسهل الوصول إليهم إداريا، وإن كان الكثير من الموظفين الموجودين بالعمل في مسرح الأحداث، ينفرون أبلغ النفور من التلاعب بهذا الجانب من الحياة الأفريقية، خوفا من تزايد العداء والمقاومة. وكان هذا التكتيك مهما بالنسبة لتجميع العمال ولتحصيل الضرائب. والأمر ببساطة هو أن التعامل مع مجموعات الناس، وهم في مواقع قريبة على نحو مريح من طرق المواصلات أو من المراكز الإدارية، يكون أسهل من «تعقب» أفراد مبعثرين بعيدا عن الأماكن الرئيسية للسلطة الاستعمارية. وبعض الناس مثل (الأزاند) كان النمط الطبيعي لإقامتهم هو في شكل مجموعات أسرية مبعثرة، تفصل بينها مناطق شاسعة من الغابات أو السافانا، وكانت سياسة إعادة التجميع بالنسبة للأزاند مبعثا للخلاف بوجه خاص. كذلك فإن طوبوغرافية معظم شمال الكونغو تجعل من غير العملي محاولة إعادة تحديد مواقع إقامة الأفريقيين، بعيدا عن مناطق ذباب التسيتسي. وعندما كان يجري تنفيذ مثل هذه التنقلات كان الناس يعودون إلى أنهارهم ليصطادوا منها السمك، وإلى حقولهم ليزرعوها. ولم يكن من الواقعي تماما بالنسبة للسلطات الاستعمارية، أثناء هذه الفترة المبكرة من الحملة، أن تفكر في عملية كبرى لإعادة بناء المجتمعات الأفريقية، على الأقل لسبب واحد فحسب، هو نقص الموظفين والموارد اللازمة لفرض مثل هذه السياسة. ومع ذلك فكثيرا ما كان هذا الأمر يناقش، وكان يعد من الآراء المهمة التي تكمن وراء

سياسة العمل ضد مرض النوم.

بحلول 1910 فوضت الإدارة المركزية ببلجيكا للأطباء سلطات لها اعتبارها، وذلك بشأن طلب إعادة تنظيم الأفريقيين، وتغيير مكان إقامتهم في داخل مناطق عمل الأطباء. كما أنه بحلول 1910 أصبح للأطباء أيضا الحق في طلب المساعدة من الجيش - «القوات العامة» - كما أصبح يحق لهم طلب معاونة الإدارة الإقليمية في محاولاتهم لتنفيذ سياسة الصحة العامة. وبالتالي، لم يكن من الأمور غير الشائعة أن يصل الطبيب إلى إحدى المناطق، وقد صاحبه جنود مسلحون وأحد رجال الإدارة، ليبدأ بعدها في إجراء فحص نظامي للناس الذين كانوا مرغمين، أمام هذا العرض للقوة،على أن يتقدموا بأنفسهم، بصرف النظر عن أنهم قد يكونون مشغولين بأي أنشطة وقتها. وكان للطبيب أيضا الحق في الحصول على معاونة من المشايخ المحليين أو زعماء القرية الذين عينتهم حكومة الولاية، وكذلك أيضا معاونة رئيس القرية المعترف به رسميا، والذي كان أيضا يعين من حكومة المستعمرة. على أن هؤلاء لم يكونوا وحدهم شخصيات السلطات المتاحين لتنفيذ البرنامج. فابتداء من 1912 كان يوجد في معظم المراكز، بالإضافة إلى مفرزة «القوات العامة»، موظفون آخرون لفرض القانون، وذلك في شكل رجال شرطة قد يكونون محليين أو من الإقليم. وأخيرا، فبحلول 1912 جعلت الحكومة المركزية من الأمور الواضحة تماما، أن كل أوروبي في المنطقة - سواء كان موظفا حكوميا أم لم يكن - مفروض عليه أن يساهم في الحملة ضد مرض النوم.

الحرب العالمية الأولى

كشفت مقتضيات الحرب عن الطبيعة القسرية للتدخل الطبي الأوروبي في الكونغو البلجيكي. ليس هذا فحسب، بل إنها أدت أيضا إلى إحداث تغيرات في طبيعة هذا التدخل. كان أحد المعالم الظاهرة للحملة ضد مرض النوم أثناء الحرب العالمية الأولى، هو الطريقة التي حدث بها تناقض بين الإدارة الاستعمارية وسياستها هي نفسها في الصحة العامة. والحقيقة أنها بهذا التناقض قد زادت من خطورة مشكلة مرض النوم بالنسبة للإنسان في الكونغو الشمالي. وكانت الحرب تعني أن الحكومة البلجيكية تحتاج إلى

قوة العمل والموارد المتاحة في مستعمرتها أكثر مما في أي وقت من قبل. ولما كانت الحكومة البلجيكية قد انتقلت إلى إنجلترا بسبب الاحتلال الألماني لبلجيكا، فإنها تطلعت إلى مستعمرتها الأفريقية طلبا للمساعدة المادية في مجهود الحرب، وأصبح شمال الكونغو فجأة له أهميته العظمى كمصدر لثلاثة موارد مهمة ـ الذهب والمطاط والرجال.

على أن تزايد الطلب على الذهب والمطاط والرجال أجبر الإدارة الاستعمارية، على انتهاك الكثير من سياساتها الحديثة في الصحة العامة بالشمال الشرقي. ونتج عن تصاعد الاحتياجات لقوة العمل تكثيف لتحركات السكان في كل الشمال الشرقي، وبالتالي فإن «الحزام الصحي» الذي كان قد فرض حديثا أصبح عائقا للمجهود الحربي. وحتى أوائل العشرينيات من القرن العشرين ظل إنتاج المطاط والذهب نشاطين يتسمان معا بالكثافة العمالية على وجه خاص، الأمر الذي تطلب وجود استثمار له قدرة بالنسبة لقوى الإنتاج.

وتوضح لنا الأدلة أنه سواء على المستوى المحلي أو الإقليمي كان رجال الإدارة في شمال الكونغو، حريصين على أن يواصلوا الحملة ضد مرض النوم أثناء الحرب. وعلى الرغم من تزايد البراهين على أن هناك مناطق موبوءة بمرض النوم في المنطقة الشمالية المركزية في أويل، فإن الإدارة البلجيكية ظلت غير راغبة في إقرار دعوى الحكومة المحلية بأن هذه المناطق موبوءة، ذلك أن الإدارة البلچيكية كانت تود تجنب القيود التي تنتج عن وجود «حزام صحي» فعّال. وزادت الحرب من تفاقم هذه الخلافات في الرأي. ولسوء حظ السكان كانت المناطق الشمالية المركزية من إقليم أويل هي بالضبط أغنى المناطق بالمطاط البري. واستمرت حكومة الولاية تضغط على الأفريقيين لجمع المطاط للوفاء بالضرائب المطلوبة منهم. وكان إنتاج المطاط بالغ الوفرة في ممرات الغابات التي تغزوها ذبابة التسيتسي، حيث الأشجار والأدغال تنمو على طول حواف مجاري المياه. وأبدى مفوض الإقليم تذمره، حيث كان من الواضح أن الحكومة المركزية ترفض أن تعلن وجود الوباء في المنطقة الشمالية المركزية في إقليم أويل.

فهذا الإقرار الرسمي بالوباء أمر مطلوب لا يمكن من دونه فرض أي «حزام صحي» على نحو قانوني. وكنتيجة لذلك، حدث تباطؤ أثناء الحرب

العالمية الأولى، بل حدث توقف في الواقع لحملة التحكم في مرض النوم في شمال الكونغو.

كانت إحدى النتائج الرئيسية للحرب بالنسبة لسكان أويل هي زيادة انتشار وباء مرض النوم. ونجد أنه في بعض الأقاليم الشمالية المركزية مثل جوان وبيلي وداكوا، حيث كان مرض النوم ينتشر من قبل انتشارا خطيرا، أصبح المرض الآن وباء شديدا ابتليت به «شياخات»(*7) بأكملها. وكان على هذه المنطقة أن تنتظر حتى نهاية الحرب، حتى يبدأ اتخاذ أول خطوات فعالة حقا، للتغلب على زيادة المرض وانتشاره. والمقصود هو أول الخطوات الفعالة من وجهة نظر «تفعيل الطب» في المنطقة.

بعثات مرض النوم: 1920 ـ 1930

كانت أرقى المحاولات المنظمة للتعامل مع مشاكل الأمراض المتوطنة هي إنشاء فرق الخدمة المتنقلة، التي أقيمت في أفريقيا لمكافحة إصابة البشر بعدوى طفيليات التريپانوسوما، ثم ألحق فيما بعد بفرق الخدمة هذه وحدات ميدانية ذات صلاحيات أوسع تتوجه بمنشآتها التشخيصية والعلاجية، إلى تناول العديد من مشاكل الأمراض المتوطنة المختلفة.

تم في أثناء العقد من 1920 ـ 1930 دفع وتطوير بعثات خاصة بمرض النوم. وكانت هذه الفرق بالنسبة للكثير من الكونغوليين هي أول اتصال وثيق لهم مع حكومة الولاية الاستعمارية الجديدة. ولم يكن هذا النوع من الاتصال دائما بالمفهوم ولا هو مما يثير البهجة. و «بعثات مرض النوم» هي فرق خاصة كان عليها أن تجري مسحا منهجيا لمناطق معينة من المستعمرة، لتعيين ضحايا المرض ومعالجتهم في قراهم نفسها. والملامح الرئيسية لهذه الفرق هي أنها فرق متنقلة وأنها تحاول فحص كل السكان الأفريقيين في المستعمرة. وتم تجنيد أفراد عاملين جدد خصيصا لهذه الحملة. وكان ما يأمله الحاكم العام الذي أعلن عن هذا البرنامج لأول مرة في أغسطس 1917، أن تتمكن الخدمات الطبية في المستعمرة من تجميع أفراد هيئة الأطباء من أوروبا، عندما بدأ تسريح القوات المسلحة بعد نهاية الحرب.

بدأ أول فريق لمرض النوم عمله في الكونغو البلجيكية في منطقة كوانجو في 1919، ثم تبعه فريق ثانٍ في أويل عام 1920. وخلال أربعة أعوام تأسست

ثلاث فرق أخرى لمرض النوم في مناطق بنجالا وستانلي ڤيل وما يومب. وما لبثت هذه السياسة أن توطدت جيدا، حتى أنه بحلول 1932 كان هناك على الأقل خمس فرق تعمل في الشمال الشرقي وحده: في أويل وسيمليكي وستانلي ڤيل - باسوكو وكيڤو ومانيما. ولكن سرعان ما ظهرت المتاعب. فقد نتج عن تباعد أهداف المصالح الإدارية الاستعمارية المختلفة «مآزق» بشأن تنفيذ إجراءات الصحة العامة. فالأطباء وجدوا أنفسهم مجابــهين برجال الإدارة المحلية الذين لا يرغبون في فرض سياسات الصحة العامة وتوصياتها. وبالإضافة إلى ذلك، فقد حدث على نحو متزايد في العشرينيات وقوع تداخل بين عمل ومسؤوليات الفرق الخاصة بمرض النوم، وبين الخدمات الطبية في المستعمرة، حتى أصبح من الصعب أبلغ الصعوبة إدراك ماهية الأدوار المنفصلة المتميزة لكل من هاتين الهيئتين الخدميتين.

استمرت أبحاث المسح تجرى سنويا تقريبا فيما بين 1920 و 1930. وكان الهدف أساسا هو التعرف على كل حالة مفردة من حالات ضحايا المرض في المستعمرة وعلاجها. وكان هذا حقا هدفا طموحا، فلم يكن من السهل دائما اكتساب تعاون الناس، وبالتالي فإن أطباء المستعمرة كثيرا ما كانوا يجدون أن من المفيد أن يصحبهم أحد الزعماء المحليين، ممن هم على معرفة بالمنطقة، ويمكنهم تحديد موقع المستوطنات المعزولة. وكانوا يجدون أن من المفيد أيضا أن يأخذوا معهم أفرادا من الشرطة، يمكنهم تقديم العون بالنسبة «للمتمردين»، ولأولئك الذين يحاولون الفرار.

أعطيت لكل الذكور البالغين في «الشياخات» بطاقات هوية تُنشر فيها أسماء زوجاتهم وأطفالهم، كما كان فر يق مرض النوم يصدر تأشيرات طبية مؤرخة فيها تفاصيل فحوصهم. وأهم فرد يساعد على إجراء المسح حسب ما يقوله أحد مديري المسح هو رئيس الشياخة، وإذا حدث أن كان متعاونا فإن عدد الفحوص اليومية يتزايد تزايدا عظيما. وكمثل، فإن الأفراد الذين يعملون في الحقول كانوا ينفرون أشد النفور من أن يقطعوا عملهم للتقدم إلى الفحص الطبي، ولم يكن يؤتى بهم إلا بصعوبة. وها هنا فإن إقناع رئيس الشياخة لهم يمكن أن يكون أمرا حيويا. وبعض الجماعات مثل الأزاند، كانوا دائما يخفون نساءهم عن الفرق. وعلى الرغم من أنه كان يفترض أن المرضى القادرين على الحركة يجب أن يقدموا أنفسهم لأخذ

الحقن مرة كل أسبوعين، إلا أنه كان من «النادر أقصى الندرة» أن يظهر المرضى طواعية كل أسبوعين أو حتى كل شهر. وعبر أحد الأطباء عن شكوى المستعمرين التي لا تنقطع بقوله: «إننا لا نعرف كيف نغير التفكير الأفريقي».

أنماط الاستيطان:
الهندسة الاجتماعية والبعثات الطبية

بحلول عام 1931 كانت الحملة ضد مرض النوم تعكس معا الجديلتين الرئيسيتين لسياسة الصحة العامة البلجيكية - أي «الوقاية الطبية» والوقاية البيولوجية. وهذه الأخيرة فيها المجال «للهندسة الاجتماعية» التي كانت تؤدي في الكثير الغالب إلى إحباط أطباء المستعمرة، خاصة عندما يجدون أنفسهم في موقف حرج حين يقدمون مطالب تتعارض مع أهداف قطاعات أخرى من الإدارة الاستعمارية.

كان هناك نقص خطير في التنسيق، بل حتى تنازع بين المصالح الإدارية المختلفة في المستعمرة، وذلك حسب ما يقوله مارون، الطبيب المسؤول عن المسح في 1931. وكان يحث على التصديق على إصدار قرارات تسلح الأطباء، في محاولاتهم لتنفيذ إعادة تنظيم المجتمعات الأفريقية لتحقيق أهداف الصحة العامة، حيث إن هذا ظل هو المشكلة الكبرى التي تواجه الحملة ضد مرض النوم. وقد كرس مارون خمس عشرة صفحة من تقريره لعام 1931 ليناقش فيها قضية واحدة هي إعادة تجميع الأفريقيين وتغيير أماكن إقامتهم. ولما كان من المستحيل تطهير كل الأدغال الموبوءة بذباب تسيتسي بطول الأنهار الرئيسية، فإنه أحس أن من المهم بالذات إعادة تنظيم الناس في قرى ينبغي أن يكون مكانها في مواقع «تختارها الخدمات الطبية»، بالاتفاق مع الإدارة الإقليمية، وهو يقول إنه حسب ما كانت تجري عليه الأمور، كان الأطباء لا يستطيعون إلا أن يحاولوا العمل في الوقاية الطبية وحدها: أما الوقاية البيولوجية، «الهندسة الاجتماعية» فهذه أمرها يرجع إلى الإدارة الإقليمية. ومن الواضح أنه قد نشأت أوجه توتر شديدة بين أفراد الأطباء الذين يضغطون لزيادة الإجراءات الوقائية، وبين أفراد الإدارة المحلية الذين يرون أن الطب يجب أن يقتصر على وظيفته العلاجية.

يعبر مارون تعبيرا واضحا مسهبا عن الإحباط الذي يخبره الأطباء عندما يحاولون إعطاء المشورة، وتنفيذ إجراءات الصحة العامة التي خططت لمنع انتشار المرض، ويكشف تعبير مارون هكذا عن مدى ما وصلت إليه هذه المشكلة بحلول 1930. فمنذ 1920 والأطباء يناشدون رجال الإدارة الإقليمية أن يهتموا بإجراءات معينة يعتقد الأطباء أنها ستقلل من وقوع حالات مرض النوم. وكانت هذه الإجراءات تركز على جوانب عديدة خطيرة من الحياة الأفريقية، تتضمن انتقالات السكان بسبب سفرياتهم الخاصة، وتجنيدهم للعمل، والعلاقات الأسرية والتجارة. وكان الأطباء يشغلهم أمر انتقالات الأفريقيين التي تحدث نتيجة بحثهم عن المطاط، وعبرت السلطات الطبية عن تحفظها بشأن سياسات حكومة الولاية الضريبية، بما لها من تأثيرات ضارة بالنسبة لنشر الوباء. وقدم الأطباء مشورتهم أيضا بالنسبة لأمور تخص الأنشطة الأفريقية الاقتصادية مثل صيد الأسماك والتجارة. وأشاروا بأن «تغلق غلقا محكما» بعض المناطق المعينة المصابة بالوباء على نحو سيئ، وطالبوا بأن يمنع دخول غير المقيمين، حتى لو كانوا يلتمسون الوفاء بما عليهم من ضريبة المطاط الإجبارية. كما كانت المشورة الطبية فيما يتعلق بمرض النوم تمس أيضا سياسات حكومة الولاية بالنسبة لزراعة المحاصيل النقدية مثل القطن، كما أن سياسات حكومة الولاية فيما يتعلق بالعتالة وإنشاء الطرق كانت تتأثر تأثرا مباشرا عند الموافقة على هذه المشورة الطبية. وبحلول 1930 أصبحت قضية إعادة تجميع الناس في قرى أكبر ، وتغيير مكان القرى إلى مناطق، تعد أكثر أمنا بالنسبة للعدوى بمرض النوم، أصبحت مشكلة رئيسية بالنسبة للهيئة الطبية وكذلك أيضا بالنسبة للإدارة المحلية.

هذا وقد طالب بعض الأطباء منذ منتصف العشرينيات بمزيد من الاستقلال الذاتي للفرق الخاصة لمرض النوم، وكانت هذه المطالبة تتعارض مع مطالب الأطباء الآخرين الذين أوصوا بتوحيد الخدمتين. وكانت فرق مرض النوم تعمل منفصلة بجوار هيئة خدمات طبية استعمارية ناشئة، على أنه كان هناك قدر له اعتباره من الارتباك حيث اتجهت كل واحدة من جهتي الخدمة الطبية إلى التنافس على نفس الموارد المالية المحدودة والأفراد المحدودين. وحدثت تحويلات جانبية للموارد بين جهتي الخدمة، مما أدى

إلى عدم يقين بشأن أي الأفراد أو أي المنشآت ينتمي لأي من جهتي الخدمة، وأي المهام تكون كل منهما مسؤولة عنها.

وبمرور الوقت أصبحت العلاقة بين بعثات مرض النوم وهيئة الخدمات الطبية أقل وضوحا، بدلا من أن تصبح أوضح. وكان الدكتور ڤان كامپنهوت في 1924 مديرا «للخدمات الصحية» في وزارة المستعمرات في بروكسل، وكان قبلها بعامين فقط واحدا ممن يؤيدون بقوة مفهوم الفريق الخاص لمرض النوم. على أنه اقترح في 1924 إيقاف استمرار فرق مرض النوم المستقلة ذاتيا. فقد شعر د. ڤان كامپنهوت بأن وجود خدمات طبية واحدة موحدة في المستعمرة سيمكن من إدارة أفضل للحملة ضد مرض النوم. وبحلول 1928 أحس كبير الأطباء أن بعثة مرض النوم قد «فقدت الرؤية بالنسبة لهدفها الرئيسي»، وهو القيام بمسح المنطقة للعثور على كل ضحايا المرض، وبدلا من ذلك فإنها أصبحت «تغوص» في علاج المرضى. ورأى رئيس الخدمات الطبية الإقليمية في الإقليم الشرقي أنه يمكنه التوصل إلى نفس الأهداف بنصف عدد الهيئة الطبية، لو تم التخلص من العدد الفائض عن الحاجة: «لم أستطع أن أعثر على خط واضح يفصل بين عمل هيئة الخدمات الطبية النظامية وعمل بعثة مرض النوم في أويل. فهذه البعثة تبذل جزءا كبيرا من جهدها في أمور من (الطب العام)».

وكان بعض الأطباء «جد مشغولين بمرضاهم الخصوصيين». وكانت المستوصفات الطبية التي تديرها الخدمات الطبية للإقليم تتجاور أحدها مع الآخر بابا لباب، أو أنها قد تجاور في بعض الحالات مستشفى يديرها رئيس فر يق مرض النوم. وظل هناك خلال العقد كله تزايد فيما يحدث من تشوش بين دور بعثات مرض النوم ودور هيئة الخدمات الطبية، ثم حدث أيضا مع نهاية العشرينيات تحد آخر للتكتيكات الطبية، حيث قدمت شكاوى صريحة حول ما في النظام من «تهالك بيروقراطي».

وبوصول عام 1930، كانت حملة «الصراع» قد دخلت في كل جانب من الحياة في شمال الكونغو بالنسبة للمستعمِرين والمستعمَرين معا، وأصبحت الحملة متشابكة على نحو معقد مع القطاعات الأخرى من الإدارة الاستعمارية. وكانت الإجراءات التي تشير بها السلطات الطبية، لكبح انتشار مرض النوم، تؤثر تأثيرا لا يمكن تجنبه في جوانب من السياسة الاستعمارية،

مثل النقل وإنشاء الطرق وإسكان الأهالي في القرى. وتأثرت أيضا الحياة الأفريقية تأثرا ملحوظا بما تم تنفيذه من إجراءات الصحة العامة.

الملخص

توضح لنا الأحداث التي وقعت في شمال الكونغو، بين 1903 و1930، الطرائق التي يمكن بها للمرض أن يلقي الضوء لنا على ما يوجد من العلاقات الاجتماعية، خاصة عندما يكون هذا المرض وبائيا، كما توضح لنا كيف أنه يمكن للمرض أيضا أن يؤثر في مجرى التاريخ. ومن الواضح أن الطب قد ساعد في تشكيل الخصائص السياسية والإدارية للإمبريالية في العصر المبكر للكونغو البلجيكي. وفي أول الأمر كانت الاستجابات الحكومية لوباء مرض النوم في الكونغو تشريعية في أغلبها، بينما لم تتخذ الخدمات الطبية في المستعمرة كيانها هي والحملة ضد مرض النوم إلا على نحو تدريجي. وتتمثل السياسة البلجيكية الاستعمارية، بكل ما يتخللها من طبيعة بيروقراطية، تتمثل أحسن تمثل في الصحة العامة وفي الطب أيضا، وفي إغراق رجال الإدارة المحلية بالتعليمات والأوامر والقرارات التي تتعلق بسياسة العمل بالنسبة لمرض النوم. وهذه أمور كانت كلها تمس أيضا ما لا حصر له من جوانب الحياة الأفريقية. ومع كل ما في هذه الأمور من تعقد بالغ فإنها أدت إلى الارتباك في التنفيذ الفعلي لسياسة العمل الطبية، بينما أدى الإهمال الإداري للاحتياجات الطبية إلى وجود تضارب مع الطموحات السياسية والاقتصادية لهيئة الموظفين الاستعمارية.

الحواشي

(*1) مرض النوم مرض وبائي في غرب أفريقيا يبدأ بحمى وصداع شديدين وتضخم في الغدد الليمفاوية خاصة في العنق، وعندما يتمكن المرض من الجهاز العصبي المركزي فإنه يؤدي إلى الهزال واضطرابات عقلية وإحساس بالخمول والنعاس وينتهي بالوفاة. والمرض ينتقل عن طريق لدغ نوع معين من الذباب ـ (المترجم).

(*2) كان الكونغو في أول الأمر ملكا خاصا للملك ليوپولد يديره لمصلحته الخاصة ويسمى ولاية الكونغو الحرة، ثم تحول إلى مستعمرة مِلك الحكومة البلجيكية التي تديره لمصلحة القطر البلجيكي كله وليس لمصلحة الملك ـ (المترجم).

(*3) طفيليات مجهرية دقيقة الصغر حجمها تقريبا 10*5 ميكرون (جزء من ألف من الملليمتر) وتسبب مرض النوم ـ (المترجم).

(*4) هو نوع من الذباب ينقل بلدغته طفيل التريپانوسوما من الحيوان أو الإنسان المصاب إلى الأصحاء ـ (المترجم).

(*5) الترقب أو الترصد مصطلح في الصحة الوقائية بمعنى وضع الأفراد الذين يتعرضون للعدوى تحت الرقابة لرصد بدء إصابتهم بالعدوى إن حدثت ـ (المترجم).

(*6) نسبة للسياسي الإيطالي نيكولو ميكافيلي (1469 ـ 1527) ، اشتهر بكتابه «الأمير» الذي قال فيه إن الغاية تبرر الوسيلة، ويعد مرجعا في النفاق السياسي ـ (المترجم).

(*7) Chfferies: نوع من التقسيم الإداري في الأقاليم ـ (المترجم).

6 الكوليرا(*1) وأصول نظام صحة البيئة الأمريكي في الفيليبين

رينالدو سي. اليتو

سيكون من المستحيل، حتى على الكتاب القوميين الفيليبينيين، إثارة أي شك بالنسبة للفكرة الراسخة عن أن من نعم الحكم الاستعماري الأمريكي، أنه أنشأ نظاما لصحة البيئة أنقذ ما لا يحصى من أرواح أهل الفيليبين. ولنتخذ مثلا من المؤرخين ت. أ. أجونسيللو و م. س. جويريرو وهما يرويان بشيء من التفصيل في المرجع ذي التأثير النافذ الذي ألّفاه، وهو قصة الحرب الفيليبينية ـ الأمريكية في 1899 ـ 1902، وفيه يلقيان الضوء على مقاومة الفيليبينيين للدفاع عن استقلالهم «بالدم والدمع». وهما يؤكدان في تباين ملحوظ مع المؤرخين الاستعماريين، أنه على الرغم من أن القائد العام إميليو أجوينالدو قد تم أسره في منتصف 1901، إلا أن حرب العصابات استمرت تحت قيادة الجنرال ميجويل مالڤار، حتى أجبرته الحملات الأمريكية التي لا تلين على الاستسلام في 16 أبريل 1902.

ويدعم أجونسيللو وجويريرو وجهة نظرهما المعادية للاستعمار، في المناقشة التي وردت بعد فصول عديدة من الكتاب عن النظام التعليمي («الذي تأسس أصلا كأداة للتهدئة السلبية»). ولكنهما عندما يصلان إلى موضوع الصحة والرفاه، يبدوان وكأنهما قد تحولا إلى كتابة سجل من نوع آخر:

«قبل 1900 كان هناك هجوم مدمر للكوليرا والجدري والدوزنتاريا والملاريا والسل، وغيرها من الأمراض المميتة التي أصابت أوبئتها الناس... وعندما أتى الأمريكيون بدأوا في التو العمل للإقلال لأدنى حد من انتشار هذه الأمراض، كما أنهم من الجانب الآخر عملوا على تحسين صحة الناس. وكان ثمة أوبئة من المعتاد أنها تهاجر إلى الفيليبين، وهذه الأوبئة قد منعها الأمريكيون أو قللوا منها لأدنى حد، وذلك بإنشاء خدمات الحجر الصحي التي يشرف عليها أمريكيون أكفاء من الأطباء وموظفي الصحة العامة».

وتخفق هنا أي محاولة للتمييز بين كتابات الوطنيين وكتابات الاستعماريين. ويواصل أجونسيللو و جويريرو القول بأن مهمة تعليم الناس «المبادئ الأولية للشؤون الصحية العامة وشؤون صحة البيئة»، كانت مهمة صعبة لأن الفيليبينيين كانوا:

«ممن تستحوذ عليهم الخرافات ويجهلون القوة الغريبة للجراثيم الدقيقة الصغر في أن تسبب الأمراض المميتة، ولم يكن من السهل إقناعهم بكفاءة الطرائق الطبية في مقاومة أسباب الموت من الأمراض المختلة. وبالتالي، فإن الأمريكيين الأوائل كانوا يناضلون ضد حائط هائل من الجهل والخرافة».

ينتمي كل من حرب المقاومة في 1899 ـ 1902، ووباء الكوليرا في 1902 ـ 1904 إلى خيطي تسلسل متمايزين في التسجيل التأريخي للفيليبين. فحرب المقاومة تعد مرحلة من النضال الملحمي للاستقلال عن الحكم الاستعماري، أما وباء الكوليرا فهو فصل فيليبيني في السجل الأسطوري للتقدم العلمي. ومثلما فعل خوزيه ريزال الذي كان سلفا لأجونسيللو و جويريرو في القرن التاسع عشر ـ والذي كان «أبا» التاريخ القومي، و «كذلك» دكتورا في الطب ـ فإن أجونسيللو وجويريرو هما ومعظم الآخرين من مثقفي الفيليبين كانوا يدرجون الماضي في مرتبته، بحساب من انتصار العقل والعلم على الخرافة والتأخر. وبالتالي، فإن ما حدث من انتصار ظاهر على الكوليرا في 1902 ـ

1903 يتم تمثله في سياق التاريخ العام للتقدم الطبي، مع فصم هذا الانتصار بعيدا عن تسلسله الأصلي في زمن الحرب الاستعمارية وحملة التهدئة.

وهذا الفصم إنما نشأ في أكثره عن حقيقة أن التقارير التي كانت متاحة أكثر من غيرها عن أوبئة الكوليرا أثناء العقد الأول من الحكم الأمريكي، قد وضعها نفس الذين خططوا الإجراءات المضادة للكوليرا وهما: وزير الداخلية دين ورشستر ومفوض الصحة العامة دكتور فيكتور هايزر. ويقول ورشستر إن الوباء «سرعان ما أتى بعد ختام حرب طويلة متصلة»، وبالتالي، فإن عددا غير قليل «من الأشخاص السيئي النية» قد انتهزوا الفرصة لإثارة المتاعب. كان ورشستر يدرك أن ترويج الإشاعات والمقاومة الشعبية لحملته ضد الكوليرا، يشكلان بعض خيط متصل مع الحرب الأخيرة (التي كانت في الحقيقة ما زالت محتدمة وقت هجوم الوباء). ولكن بما أن الحملة الصحية تمثلت في لغة خالصة من الطب وشؤون صحة البيئة، وحيث إن مقاومتها كانت ملتصقة بالخرافة والتأخر، فإن قضية السيطرة الاستعمارية هنا قد تضاءلت تماما.

ومما ينور الذهن، أن نضع جنبا إلى جنب تصوير ورشستر للحرب ضد الكوليرا التي قادها هو نفسه، بجوار ما سرده كشاهد عيان للمعركة الشهيرة التي دارت بين القوات الأمريكية والفيليبينية في 1899، حيث نجد أنه حتى القائد الأمريكي قد امتدح فيها شجاعة الجنود الفيليبينيين ضد نيران تفوقهم. كان ورشستر يستطيع فحسب أن يدرك ويصف ما قامت به القوات الأمريكية من «التقدم الباسل» والقتال «الجريء»، وكما يلاحظ مؤرخ سيرته ر. ج. سوليفان فإن ورشستر يحول الفيليبينيين إلى «ما يكاد يكون مجرد أدوات مسرحية مساعدة تجريدية، في دراما موضوعها الرئيسي هو بطولة الأمريكيين ومهارتهم العسكرية. فالفيليبينيون إما أنهم (يتقهقرون في فوضى هائلة)، أو أنهم يفرون (في ارتباك تجاه أيموس) وإذا لم يكونوا كذلك فهو يصورهم على طريقة لوحات الرسم وكأنهم كائنات تجريدية، بحيث إن تجهيلهم هم أنفسهم هكذا يؤدي إلى إلقاء مزيد من الضوء الكاشف على ما لدى الأمريكيين من تفرد ومهارة عسكرية».

هذا وقد صورت الحرب ضد الكوليرا في 1902 ـ 1904 بأسلوب مماثل حتى بواسطة الكتاب الوطنيين، أي وكأنها دراما موضوعها الرئيسي هو ما

للأمريكان من بطولة ومهارة طبية وصحية، وحيث المساهمون الفيليبينيون ـ وبالذات الضحايا الذين ينتمون إلى الطبقات الفقيرة ـ يقومون بوظيفة الستار الخلفي التجريدي في ملحمة التقدم. وتحاول هذه الدراسة أن تضع هذه الدعاوى موضع البحث بأن تستكشف تلك الشهور من الاضطراب العظيم في 1902، عندما كان يصعب التمييز بالكاد بين الحرب ضد الكوليرا و «حملة تهدئة» الفيليبينيين، وعندما كانت الإجراءات الطبية وإجراءات صحة البيئة والمقاومة الشعبية لهما بمنزلة فصول متصلة من دراما الحرب.

في 14 مارس 1902 وصلت إلى مانيلا سفينة من هونج كونج تحمل معها حالات من الكوليرا. وعلى الرغم من إجراءات الحجر الصحي الصارمة للتفتيش والحظر على مثل هذه السفن الواردة، إلا أنه سرعان ما أعقب ذلك اكتشاف أولى حالات الكوليرا في منطقة شعبية تدعى فارولا قرب مصب نهر باسيج، حيث يعيش الكثيرون من حمالي السفن وصيادي السمك وصغار المهربين. ومن هناك انتشر الوباء الذي سبب الهلاك في القطر حتى نوفمبر 1902، وظل يمكث في تلكؤ حتى أوائل فبراير 1904 وحصد في النهاية ما يبلغ مجموعه ـ في التقديرات المتحفظة ـ 461 109 حالة وفاة، منها 4368 حالة في مانيلا.

ما أن ثبت وجود الكوليرا حتى قام الوزير ورشستر بتعبئة أفراد الهيئات المدنية والعسكرية معا لاحتواء انتشارها. وهكذا سويت منطقة فارولا بالأرض ونقل سكانها إلى مخيم احتجاز. على أنه ثبت عدم جدوى محاولة احتواء الوباء في مانيلا، ذلك أن الناس تمكنوا من «الفرار» ليلا أو حتى نهارا من خلال حقول الأرز. وحملت قوارب الأهالي الصغيرة من نوع الكانو العدوى معها إلى المدن المحيطة بخليج مانيلا. ويقارن ورشستر الموقف بالمحاولة التي قام بها جيش الولايات المتحدة قبلها بسنين عديدة، حتى يعزل مانيلا بنطاق عن القوات الجمهورية المحيطة بها:

«إن ما لم يستطع الجنرال أوتيس أن ينجزه بآلاف من الجنود كان بمنزلة الأمر المستحيل على اللجنة الصحية، التي يعاونها شرطة المدينة ومئات معدودة من الرجال من شرطة الجزيرة».

ولا ريب أنه كان من المحال احتواء الكوليرا، ذلك أنه حتى القوات الأمريكية كانت تساهم في نشر المرض بتنقلاتها. وحملت إحدى سفن

النقل العكسرية الكوليرا إلى مدينة نويڤا كاسيريس في الجزء الجنوبي الشرقي من لوزون(*2)، «ومن هذا المصدر انتقلت الكوليرا إلى عدد كبير من القرى في هذا القطاع». وكانت أول حالات ظهرت في پاجسانچان وماچايچاي في إقليم لاجونا بين مجموعتين من الجنود، أرسلتا من معسكر والاس في مانيلا في 24 أبريل 1902. ودخلت الكوليرا إلى وادي ماريكينا شرق مانيلا بواسطة قوات أرسلت لحراسة مصادر مياه مانيلا من العدوى. ونبهت اللجنة الصحية في هذا الإقليم على مفارز الشرطة بأن تظل بعيدا عن المدن لأنها نقلت العدوى من قبل لإحداها.

سرعان ما انتشرت الكوليرا عبر الفروع الرئيسية لنهر باسيج التي تؤدي إلى وادي ماريكينا والمدن الساحلية للاجونا أي بحيرة الخليج، حتى وصلت إلى أرض العصابات التي تقاوم الاحتلال الأمريكي: أي إلى أقاليم لاجونا وباتنجاس وتاياباس. والحقيقة أن مقتضيات الحرب هي التي سببت تأخيرا يبلغ حوالي الشهر قبل أن تصل العدوى إلى مدن البحيرة بلاجونا. ففي 10 ديسمبر من السنة السابقة كانت كل الموانئ قد أغلقت كجزء من خطة المجهود العام للجنرال ج. فرانكلين، بل لإجبار مالڤار على الاستسلام. وأدى توقف حركة مرور الأهالي في البحيرة إلى أن تقلص تقلصا شديدا انسياب الإمدادات إلى معسكرات محاربي العصابات، كما أدت أيضا إلى إبقاء الكوليرا بعيدا عنها. وفي 19 أبريل، بعد ثلاثة أيام من استسلام مالڤار، كانت كل القيود على التجارة والسفر في المنطقة سوف ترفع، إلا أن الكوليرا أجبرت على الإبقاء على إغلاق الموانئ حتى يتاح الوقت للجان الصحية المحلية لتنظيم الإجراءات الاحتياطية المطلوبة وتنفيذها.

لم تظهر الكوليرا ما دامت الموانئ مغلقة، «ولكن ما أن فتحت الموانئ (في أول مايو) حتى هاجم المرض في التو هذه الموانئ أولا، ثم انتشر بعدها إلى داخل البلاد». وثبت عدم فائدة الحجر الصحي الساحلي لأن الفيليبينيين المصابين بالعدوى و بعض من الأمريكيين»، تمكنوا من الإبحار خفية فيما بين الموانئ، وكان ذلك يحدث عادة في الليل. ومكنت مياه البحيرة الضحلة من أن يخوضها البعض للبر من السفن المحجور عليها صحيا لمسافة تبلغ نصف الكيلومتر. «وما أن يصل المرض إلى البر حتى ينتشر بصورة شاملة، خاصة داخل المناطق الشعبية».

اتخذت الكوليرا ضحاياها من كل المستويات في المجتمع، بما في ذلك الأمريكان من الجنود ومن المقيمين بالبلاد، وكذلك الأفراد المبرزون من الفيليبينيين والصينيين والإسبان. على أن توزيع الضحايا بين الأعراق والطبقات الاجتماعية لم يكن توزيعا متساويا. فالأمريكيون والإسبان والصينيون كان لديهم مستشفيات مجهزة تجهيزا جيدا تقدم خدماتها خصيصا لهم. أما من الناحية الأخرى فنجد في مستشفى سانتياجو للكوليرا أن أغلبية المرضى العظمى، تنتمي إلى الطبقة «غير الذكية» التي كان معدل الشفاء عندها ينخفض إلى 32 , 5 في المائة. وكان سبب ذلك يعزى إلى سوء صحة البيئة وإلى «سوء التغذية في حياتهم اليومية»، الأمر الذي نتج عنه «حالة من الانخفاض في حيويتهم إلى حد أن أجهزتهم كانت عاجزة عن التفاعل ضد تأثيرات السموم التي تنتجها جراثيم الكوليرا». وكانت الأسباب الرئيسية للأذى الشديد الذي تحدثه الكوليرا بين الطبقات الدنيا، هي الازدحام وسوء شؤون صحة البيئة وسوء التغذية في مناطق معينة من مانيلا.

كان الوباء «شديدا بوجه خاص» في الأقاليم الموجودة جنوب وشرق مانيلا، حيث كانت مقاومة محاربي العصابات مقاومة شديد. وقد لاحظ كبير أطباء الجيش في منتصف يونيو «أن الكوليرا في لاجونا وباتنجاس والجزء المجاور من إقليم تاياباس، قد انتشرت (بالفعل) في شكل وبائي حاد، وربما تكون قد أصابت مئات من الحالات دون تسجيل لها». وكانت أرقام معدل الوفيات مما يثير «الأسى والتأثر العنيف». وهناك دراسة حديثة تصل فيها قائمة الموتى إلى 20 ألفا في باتنجاس وحدها. ويعزى هذا الارتفاع في الوفيات إلى حقيقة أن «أفراد القوات المسلحة والأهالي معا، قد تعرضوا حديثا إلى ما للحرب من تأثيرات تؤدي إلى إضعاف الروح المعنوية والأبدان، خاصة في باتنجاس ولاجونا».

هكذا وفدت معا ظروف الحرب والكوليرا والمجاعة، على الأقل في جنوب غرب لوزون. ولو أننا اعتمدنا على التقارير التي كانت تخرج من مانيلا فستكون علاقات الارتباط هذه غير واضحة. وكل ما لدينا حقا هو تلك الملحوظة التي أوردها مفوض الصحة العامة في تقريره عن شهر أغسطس قائلا: «كان من الضروري في مثل واحد أو مثلين أن نرسل طعاما،

حيث بلغت ندرة ما يوجد من الأرز في بعض المدن حدا كبيرا بما جعل ذلك عاملا مهما له دوره في الوضع القائم للكوليرا». ويرد ذكر الفقر وسوء التغذية ومعهما سوء شؤون صحة البيئة، على أنها بعض أسباب ما ينتج عن الوباء من «أذى شديد» بين الطبقات الدنيا. على أن أي صلة بالحرب كان يكتم أي ذكر لها. وعندما ورد ذكر معسكرات الاعتقال في تقرير كبير الأطباء عن 1902، زعم أن الأفراد في هذه المعسكرات لم يسبق لهم أبدا أن خبروا ظروف حياة أفضل منها، وبالتالي فقد كانت فرصة نجاتهم أحياء من الوباء فرصة أفضل.

هيا نعيد فحص هذه الشهور الحرجة من مارس إلى مايو 1902. حسب ما يقوله مالڤار، فإنه كان مجبرا على اتخاذ قراره بالاستسلام في 16 أبريل بسبب:

> «خطة إعادة الحشد في المناطق، ونفاد إمدادات الطعام في البلد. ولولا أنني عرفت ما كان يمر به الناس الذين توسلوا إلي أن أستسلم، لأنهم إن لم يستطيعوا زرع الأرز في شهر مايو فسوف يموتون موتا أكيدا كل التأكيد في السنة القادمة، سنة 1903، لولا أني عرفت ذلك لما كان ينبغي أن أستسلم».

ولابد أن مالڤار قد عرف أيضا أن الكوليرا التي كانت وقتها تدمر مانيلا، قد أصبحت موجودة بالفعل في أقصى شمال منطقة عملياته، بإقليم لاجونا. والتاريخ الرسمي لأول ظهور للكوليرا في لاجونا هو 7 أبريل. وبعد ذلك بخمسة أيام أبلغ قائد القوات الأمريكية في العاصمة الإقليمية كالامبا عن حالة مشتبه فيها في مركب بضائع أهلية وصلت من مانيلا. وفي اليوم التالي أحرق كوخ من النخل في منطقة شعبية على حافة المدينة بعد أن ماتت زوجة صاحب الكوخ من الكوليرا. ولما كانت أهوال وبائي 1882 و 1889 ما زالت ماثلة في أذهان أناس كثيرين، فلا يمكن أن يوجد أي شك في أن الشائعات في مانيلا عن الكوليرا، قد زادت من مطالبة النخبة المحلية بإنهاء مقاومة محاربي العصابات.

كان من المفترض أن استسلام المقاومة سيؤدي إلى إنهاء مناطق إعادة الحشد، وإعادة توزيع الفلاحين إلى قراهم، مع إعداد حقول الأرز، وإعادة فتح شبكات تجارة الأرز. وإذا كان الجنرال بل قد أكد على أنه «لا يوجد

مطلقا أي حالة من الجوع في حدود منطقة فرقته، ولا أي معاناة بسبب ذلك»، فإنه أقر أيضا بأن الأرز كان يستورد إلى المنطقة. وكان الجنرال بل يعتمد على حقيقة أنه مع انتهاء الحرب «سيكون (من الممكن) إعداد الأرض كلها الإعداد المناسب قبل موسم الغرس». كان هذا أمرا له أهمية حاسمة تماما. أما التقرير الرسمي العنيف عن «معسكري الاحتجاز» في تاناوان وسانتو توماس فيذكر أن الأرز الموجود، بما في ذلك المخزون الاحتياطي، لا يكفي إلاحتى 30 أبريل وأول مايو على التوالي. وكانت قوات فرسان الولايات المتحدة قد قامت بعمليات بحث وتدمير دمرت فيها مخزون الأرز الذي لا يمكن نقله إلى مناطق القوات. وكانت معونة الأرز ستمكن الناس من أن يأكلوا حتى جني محصول سبتمبر، ولكن المنطقة لن تعود إلى الوقوف على قدميها إلا مع عودة إنتاج الأرز إلى الوضع الطبيعي. ولسوء الحظ فإن تفاؤل الجنرال بل قد أفسدته عوامل من مضاعفات مثل انتشار طاعون الماشية والجراد والكوليرا.

توضح حالة كالامبا وما يجاورها من المدن الصلة بين مشكلة الطعام ومجموعة القيود الجديدة التي سببتها الكوليرا. كانت كالامبا مقر مركز قيادة الفرقة الجمهورية لجنوب لوزون التي يقودها الجنرال خوان كايلس. هذا وقد وقعت في 1899 معارك عنيفة بين قوات الولايات المتحدة وشتى خطوط الدفاع المحيطة بكالامبا، الأمر الذي نتج عنه تدمير أعمال الري. وبالتالي لم يزرع أي أرز حول المدينة منذ 1900. ومع حشد الجماهير في مركز المدينة في مارس 1902، أعطي الإذن بإنشاء فرق عمل لإصلاح عدة سدود للمياه وكان ذلك يجري في أول الأمر تحت الحراسة. وكان الأمل أنه سيتم زرع الأرز في ذلك العام. وكانت المدينة في نفس الوقت تعتمد في الحصول على الأرز على كابويا وبينان المجاورتين لها. وحتى فبراير، كان لا يزال في إمكان قائد بينان الأمريكي أن يخبر نظيره في كالامبا بأنه: «لو أصبح من الضروري عليك أن تشتري الأرز للأهالي المعوزين أوالجائعين، فإن لدي وفرة فائقة من المحصول الذي تم جنيه ويتوق الأهالي لبيعها.

وإلى ما قبل استسلام مالڤار، كان يُسمح بدخول الأرز من المدن المجاورة بالأسعار العادية للسوق. على أن هذا ما لبث أن «أوقف فجأة بسبب تنظيمات غير متوقعة من الحجر الصحي كان ظهور الكوليرا قد جعلها أمرا ضروريا».

وفرضت بخاصة «حراسة متصلة» على خط الحدود بين كالامبا وبينان الغنية بالأرز. وأصبح الأرز غير متاح إلا من المفوضية الأمريكية، وكان يباع إلى الفيليبينيين الأكثر ثراء أو يوزع مجانا على الفقراء حسب الاحتياج. ومما لا يثير الدهشة أنه كانت تجري محاولات متكررة لاختراق خطوط الحراسة. وكان الناس يعبرونها ليلا ليعودوا بحصص من الأرز والأرز غير المقشور. وزاد من سوء الموقف حقيقة أن مايو كان شهر المواسم المحلية التي يجري فيها الاحتفال بالقديسين الراعين للبلاد. ومن الظاهر أن طعاما مصابا بالعدوى جُلب من مانيلا لأحد احتفالات الموسم «فساعد واقعيا» على نشر العدوى في بينان.

وهناك روايات عديدة عن الطريقة التي جعلت خطوط الحجر الصحي تقطع انسياب الطعام من المدن ذات الفائض، إلى المدن التي تعتمد عليها في أقاليم ريزال ولاجونا وباتنجاس. وهناك ما يساوي ذلك من روايات عديدة عن كيف أنه منذ شهر يوليو بالذات، مع استنفاد احتياطيات الأرز في بعض المدن، حدثت انتقالات لها قدرها من الأفراد الذين يلتمسون بيع أو شراء الأرز والسمك وغير ذلك من منتجات الطعام. ويذكر ج. س. بيري الضابط الأول للحجر الصحي أن الحجر الصحي، «كان بلا جدوى تماما» بسبب تهريب الطعام. وهو يعزو ذلك إلى «الجهل»، وتمنى لو أنه كان يتعامل «بدلا من ذلك مع أفراد أذكياء من الأمريكيين أو الأوروبيين». على أنه بالنسبة لسكان تلك المناطق التي مزقتها الحرب، كان الأمر في النهاية هو الاختيار بين الموت جوعا أو الموت بالكوليرا. وبعد فترة من الحجر الصحي الشديد ومن تفتيش البيوت بيتا لبيت، كان على الجيش أن يقتنع بأن يعزل أو «يحمي» جنوده من أفراد الجماهير من الأهالي، أو حتى أن ينسحب إلى ثكناته.

وفي 1902 أصبح الموقف الزراعي موقفا ميئوسا منه حتى مع عدم فعالية الحجر الصحي ورفعه في النهاية، وكان طاعون الماشية الذي ظهر لأول مرة في الفترة التي سبقت توا وباء الكوليرا في 1888، قد أدى إلى إهلاك أكثر من تسعين في المائة من حيوانات العمل. أما العمل باليد الذي كان يساعد عليه في بعض المواقع الإمداد بالمجارف من حاميات الولايات المتحدة، فلم يكن يفيد إلا في تشغيل مساحة محدودة. كما أن قوة العمل

كانت قد انخفضت بما سببته الكوليرا من هلاك، ناهيك عن ذكر ما واكب ذلك من حمى الملاريا ومرض البري بري[*3]. واكتسحت الكوليرا المنطقة في أقل من شهر بعد إنهاء معسكرات الاعتقال في أواخر أبريل، وأخذ احتياطي الأرز ينفد في نهاية ذلك الشهر، وكان من المؤكد أن يؤدي ذلك إلى أن يصاب فلاحو جنوب تاجالوج «بالوهن» و «انهيار معنوياتهم». وكان الأمر الوحيد الذي منع تحول هذه «المعاناة» إلى كارثة ديموجرافية هو استمرار معونة الأرز، التي التمس مالڤار نفسه تقديمها في أغسطس. وظل عمدة سان خوان في باتنجاس يلح ببرقيات أرسلها إلى بل في منتصف يونيو، ويذكر فيها أنه «لدينا حالات كوليرا في هذه المدينة. ويموت أفراد كثيرون بسبب الجوع أكثر ممن يموتون بالكوليرا، ولهذا فإني أتوسل إليكم أن تمنحونا حمايتكم».

قد يبدو أن استسلام مالڤار واعتماد الفلاحين المتزايد على معونة الطعام الأمريكي، أمران قد أديا إلى إنهاء الحرب على نحو فعال. على أنه مما يمكن نقاشه أن الحرب فحسب قد انتقلت من ميدان المعركة إلى المدن، وأن النضال قد استمر، وهو لم يعد بعد حول السيطرة على سيادة الأراضي، وإنما على أجساد الناس ومعتقداتهم وممارساتهم الاجتماعية. وهكذا فإن أطباء الجيش الأمريكيين، وهم الحملة التقليديون للطب العلمي في عالم المستعمرات، حلوا فحسب مكان الضباط وأفراد قوات الهجوم الذين كانوا يعملون في الفترة الأولى من الغزو. وبمعنى ما فإنها كانت الحرب القديمة نفسها، ولكن في وضع جديد أكثر تعقدا ، وضع معقد يتساءل فيه المرء: هل هناك حقا من يستطيع أن يجادل ضد إنقاذ الحيوانات البشرية باتباع الإجراءات السليمة للتطهير والعزل والعلاج والتخلص من الموتى؟

اتخذت إجراءات الشؤون الصحية للبيئة في أعقاب قيام الجنرال بل بهجومه العسكري في بداية ديسمبر 1901. وكما يقر هايزر بصراحة فإنه «لما كان عليهم أن يحموا قواتهم، فإنهم بسبب ذلك قرروا أنه يجب أن يفعلوا شيئا ما بالنسبة للكوليرا، وإذ قرر الأمريكيون ذلك، فإنهم كانوا على غير استعداد لتحمل أي عقبات في سبيل الإجراءات الصحية. وكما كتب طبيب محنك، فإن الكوليرا في الحقيقة كانت المشكلة الأقل صعوبة عند مقارنتها بمشكلة «شعب جاهل متشكك قد أفقرته الحرب والجراد وطاعون الماشية

ونغّص الغزو عليه حياته»، الأمر الذي يجعل إجراءات الشؤون الصحية للبيئة مهمة صعبة أبلغ الصعوبة، تتطلب الكثير من الصبر واللباقة والحزم، وتقع وطأة مسؤوليتها على الجيش.

كان الأساس المنطقي لتدخل الجيش هو تطهير المناطق، والعمل على استئصال الكارثة المزدوجة من وجود الجراثيم القاتلة وانتشار العناد المستعصي شعبيا. وكانت طريقة علاج الأمر تتماثل مع الطريقة التي شكلت إطار برنامج الجنرال بل في هجومه العسكري في ديسمبر.

«أتوقع أن (أطهر) أولا شبه جزيرة لوبو. وسوف أنقل مركز القيادة بعدها بجوار بحيرة تال، و (أكتسح) البلاد غربا إلى المحيط وجنوب كافيت، لأعود من خلال ليبا. وسوف (أقلب وأطهر) جبال ليبا. وإذ ألتف شمالا فإن البلاد... يكون قد تم (تقليبها)... ثم أعود فألتف يمينا، لتتم (معالجة) البلاد كلها بنفس المنوال... الخ».

ساهمت التطورات التي حدثت في طب القرن التاسع عشر، في أن يحدث التقاء بين أسلوب الحرب الاستعمارية وأسلوب التحكم في المرض. وكان الأطباء الأمريكيون بحلول 1902 يؤيدون على نحو شامل تقريبا نظرية الجراثيم، أو بصفة أعم مبدأ وجود مسبب معين للمرض. وقد ظهرت كتابات باستير عن هذا الموضوع في نفس الوقت تقريبا الذي ظهرت فيه نظرية داروين عن التطور. وفي ذلك الوقت حيث كانت العلاقات بين الكائنات الحية توضع في سياق من الصراع للبقاء، وحيث يكون الكائن الحي إما صديقا أو عدوا للآخر، فإن نظرية الجراثيم أنشأت نوعا من الحرب البيولوجية الهجومية ضد الميكروبات التي تسبب المرض، والتي يجب استئصالها من الفرد الذي أصابه المرض ومن المجتمع. وعندما اكتشف بعد 1870 وجود كائنات دقيقة معينة تسبب المرض، اعتبر أن هذه الكائنات الدقيقة هي «ال» سبب في أمراض معينة. وعندها أصبح من السهل التفكير في المرض على أنه كيان يتجسد في الجراثيم ويندفع منطلقا في المجتمع. وهكذا فإنه في حوالي نهاية القرن التاسع عشر تراجع للوراء التفكير الطبي الذي كان يدرك أهمية حالة المريض ذهنيا، ويرجع المرض إلى انعدام الاتساق بين الإنسان وبيئته، تراجع هذا التفكير في أوروبا وأمريكا ليفسح المكان للبحث عن الجراثيم المعينة للمرض والسلاح المعين لمقاومتها.

وفيما بين 1875 و 1900 عين علماء البكتريولوچيا الفرنسيون والألمان، الجراثيم التي لها دورها المرتبط بالكثير من الأمراض المعدية الخطيرة مثل الكوليرا والتيفود والسل. وكما هو مشهور فقد اكتشف روبرت كوخ الطبيب الألماني البكتريا العصوية للكوليرا في ثمانينيات القرن التاسع عشر، من خلال أبحاثه التي أجراها بالمستعمرات البريطانية في مصر والهند. وعلى الرغم من أنه لم يتم العثور إلا على وسائل علاج قليلة بعد مرور نصف قرن، إلا أن الدلالات بالنسبة للإجراءات الوقائية أصبحت أمرا ظاهرا. وأخذت إجراءات إصلاح شؤون الصحة البيئية تجرى على نحو جدي في الولايات المتحدة ابتداء من سبعينيات القرن التاسع عشر، وقد حفز عليها مخاوف الجماهير من عودة الكوليرا للظهور كما حدث في الثلاثينيات والخمسينيات. وفي حوالي 1905 كان التحكم في إمدادات المياه أو الطعام وفي الحشرات الناقلة للأمراض قد أدى إلى إيقاف انتشار التيفود والكوليرا والحمى الصفراء والملاريا.

في ذلك الوقت، وقد سبق للأطباء الأمريكيين وهيئة العاملين بالشؤون الصحية للبيئة أن شهدوا في التو بريق الانتصار على المرض في بلادهم هم أنفسهم، فإنهم أصبحوا يواجهون الكوليرا في الفيليبين. كانوا هكذا مسلحين بمعرفة اكتشافات كوخ والعلماء الآخرين، وبعمليات ترويض المرض في أوروبا وأمريكا والمستعمرات، وبمعرفة أسباب المرض، ووسائل توقيه ووسائل العلاج المتاحة وقتها. وفيما يلي فقرة من تقرير المفتش العام في 1902 فيها ما يتضمن إحساسهم بأنه ما من شيء يمكن أن يعوقهم أو يعوق تقدم العلم:

«ظل ظهور الأوبئة بين البشر والحيوانات أمرا ملحوظا منذ تقدمنا في الشرق الأقصى. ولكنها كانت تأتي وتذهب كموجات، بحيث لا تحدث إلا تأثيرا بسيطا في الوعي القومي، ذلك أن العلم أخذ يسيطر على الموجات المتعاودة ويمحوها تقريبا. وحتى الطاعون الدبلي رحل وهو لايكاد يلحظه أحد. وما زال النضال مستمرا. ولو حدث إهمال من فرد واحد من أفراد الحرس العلمي لأدى ذلك إلى معاناة الكثيرين».

تشكلت العقبات من البيئة الحارة، والحرب، والجماهير العنيدة على وجه الخصوص، إلا أنها كلها تعد عقبات تافهة أمام تنفيذ نواتج المعرفة

الخالصة التي يدعمها العلم والتاريخ. وليس مما يثير الدهشة أن تكون الروايات التي قيلت عن العمليات التي جرت أثناء الوباء مشبعة بالإحساس بتنفيذ الرسالة وبالنصر العادل. وتعد الواقعة التالية مثالا نموذجيا لذلك: «(في كالاتاجان وباتنجاس) لما كان معظم الأهالي جهلة يؤمنون بالخرافات التي تتضمن التسليم بالقضاء والقدر، فإنهم كانوا لا يؤمنون بفاعلية هذه الإجراءات وكانوا يعارضون تماما ما تحويه من قيود». وبالتالي، فقد مات من الكوليرا ما بين 21 يونيو و 3 يوليو 650 فردا، وذلك قبل أن تتخذ السلطات الأهلية قرارها بإبلاغ الأمريكيين عن الموقف. وفي خلال أسبوع واحد «كان الأطباء والجنود الذين أرسلوا إلى هناك قد أوقفوا ما تحدثه الكوليرا من دمار».

استمرت حرب الكوليرا تدور حسب الخطط الحربية المعروفة. وكمثل فإن أطباء الجيش كانوا مسلحين «برصاصات سحرية» تجريبية يطلقونها للقضاء على الميكروب العصوي. ومن بين الأدوية التي استخدمت على نطاق واسع دواء البنزوزون، الذي وجد أن ابتلاعه يحرق الأنسجة المبطنة للفم والمعدة. وفي النهاية تم تخفيف هذا الدواء ومزجه بمحاليل تستخدم لغسل الأحشاء والأمعاء الدقيقة. وكانت وسائل العلاج الروتينية تتضمن أيضا استخدام بيروكسيد البنزويل الاستيلي وكاربونات الجوايا كول، والكالوميل، وبرمنجنات البوتاسيوم، وحمض التنيك بتركيز من اثنين في المائة، وحمض الكبريتيك المخفف. وكانت هذه الوسائل للعلاج في الحقيقة وسائل تجريبية، تأسست على افتراض أنه - لا بد - سيكون هناك دواء له القدرة على مهاجمة وتدمير ميكروب الكوليرا الواوي داخل المريض. وأدى استخدام الأطباء الأمريكيين لهذه الوسائل للعلاج هي وغيرها من الوسائل غير المألوفة، إلى أن جلب لهم فحسب بغض مرضى الكوليرا الفيليبينين، «وهو بغض كان جد شديد في أمثلة كثيرة بما جعل من الضروري أن تستخدم القوة لتعاطي الدواء». وفي النهاية فإنه ما من واحد من هذه الأدوية قد أثبتت فائدته، على الأقل حسب خبرة هايزر في الفيليبين.

من الأمور التي لها أهميتها القصوى في هذه الحرب القدرة على إجراء عمليات البحث والترقب. وقد نظم ورشستر لهذا الغرض فصائل من المفتشين يقودها أطباء من كتائب الجيش التطوعية. وكان معظم المفتشين

في أول الأمر من الفيليبينيين. ولكن سرعان ما سُرح هؤلاء بسبب عجزهم عن فهم أن «هذه الإجراءات حتى تكون فعالة، لابد أن تفرض على الأغنياء مثل الفقراء، وعلى الأقوياء مثل الضعفاء»، وتم تجنيد كل صنوف الأمريكيين: من كتبة ومدرسين ورجال شرطة وجنود سابقين. وكان بين هؤلاء البعض «ممن ليس لديهم إلا أقل اعتبار للأهالي، وكانوا يفرضون عليهم بأسلوب فظ لائحة النظام التي كانت أصلا تعد لائحة منفرة، الأمر الذي زاد من المعارضة الشعبية». وكان من نتيجة ذلك أن قُتل العديدون منهم. أما في مدن الجنوب الغربي من لوزون، فقد استمر المفتشون والحراس من الأهالي في الخدمة ولكنهم كانوا تحت إشراف دوريات من الجنود البيض كثيرا ما كانت دوريات راكبة. وتولى حراسة البيوت المحجور عليها صحيا كشافة فيليبينيون، من قوة قاسية مختارة تتألف في معظمها من غير التاجالوجيين.

وهكذا فإن الكوليرا قدمت الشكل الصارم لطبيب الجيش الأمريكي الأقل انفتاحا، عن ضباط الجيش العاديين في تفاهمهم مع النخبة المحلية. وإذ ألحق أطباء الجيش بمعظم اللجان الصحية المحلية لأداء ما اختيروا له من مهام، فإنهم لم يظهروا إلا أقل احترام لزملائهم من الأطباء الفيليبينيين، وعموما فإنهم كانوا يتجاهلون المعارف المحلية التي اكتسبت من الأوبئة السابقة. وكما يعبر عن ذلك النقيب س. دي ماي، فإن مهمتهم كانت على وجه مثالي «أن تحكم بعصا من فولاذ». وموظف الشؤون الصحية «ينبغي أن يكون القائد الحاكم للمدينة عندما تكون هذه المدينة مهددة بالوباء أو يوجد فيها الوباء، ويجب أن تترك له الحرية ليتصرف حسب ما يقرره». وبالتالي، فإنه في سياق الوباء يحل الطبيب مكان القائد العسكري. وهايزر وإن لم يلتحق قط بالجيش إلا أنه يدافع عن طبيب الجيش أيضا في قوله معقبا: «أيا ما كانت أهمية رجل الطب في أنحاء أخرى من العالم، إلا أنه هو والمهنة التي يمثلها كان لهما (المقام الأول) في الفيليبين».

وفي استطاعتنا أن نعين «المناطق المختلفة للمعركة» في حرب الكوليرا. ولعل من أبرزها قضية الاحتجاز. وقد رأينا كيف انهارت خطوط الحجر الصحي أمام الحاجة الضاغطة للحصول على الطعام أو بيعه. والحجر الصحي كان يشكل جزءا من هدف أوسع هو احتواء المرض. وعندما اكتشف المرض لأول مرة في منطقة فارولا، حاولت فصائل ورشستر أن تحيط

المنطقة بحزام عازل تماما حتى تعزل المصابين وأيا ممن خالطهم. على أنه «سرعان ما انتشر المرض بين الناس المحتجزين بحيث إن استمرار الحجر الصحي كان سيعد غير إنساني»، وبالتالي فقد تم نقل السكان إلى مخيم احتجاز. وسرعان ما أنشئت مخيمات عديدة كهذه في مانيلا والمدن الإقليمية.

يصف لنا ها يزر كيف كان «رجال غير متنورين يتحركون بجلبة بنقالات الإسعاف ويرفعون المرضى بلا كياسة من فوق حشياتهم، وينقلونهم بعربات بدائية بعيدا عن أسرهم التي تولول». ولم يستطع أفراد الأسر أن يفهموا السبب في منعهم من أن يتبعوا مرضاهم. «وكان يحدث بمعدل من أربع حالات من كل خمس أن تكون هذه آخر مرة يرون فيها أحباءهم قبل أن يصلهم سريعا بلاغ مقتضب بأن يأتوا إلى المستشفى للتعرف على موتاهم». وكان حجز المرضى في المستشفيات والمخالطين في مخيمات الاحتجاز أمرين يرهبهما الناس مثل رهبتهم تقريبا من الكوليرا نفسها. وأحد أسباب ذلك أن المستشفيات أثناء الحكم الإسباني كانت تعد أماكن «حيث يمكن للناس الذين تبلغ بهم تعاستهم أن ليس لهم بيوت يموتون فيها، أن يذهبوا إليها لينهوا أيامهم. وكان من المستحيل تقريبا أن يدخل إليها أي طبقة أخرى من الأفراد ». وبالتالي، فإن ضحايا الكوليرا «كان يلزم أحيانا أن يؤخذوا إلى المستشفى بالقوة». وكان مما يضاعف من هذا البغض التقليدي للمستشفيات بعض الإشاعات المرعبة التي انتشرت من مانيلا حتى سيبو، وذلك عن «سوء المعاملة الرهيب في مخيمات الاحتجاز، وعن ارتكاب جرائم قتل عن عمد للمرضى في مستشفيات الكوليرا». وكان مما يقال إن المرضى عند وصولهم يعطى لهم السم في نبيذ إسباني رخيص ليقعوا موتى في التو. وكان هناك أيضا حكايات عن التسمم بالأستركنين بدعوى ضرورة استخدامه كمنشط للقلب.

كان إجراء الاحتجاز على نحو صارم يبرَّر بالفكرة السائدة وقتها في الطب الأمريكي، وهي أن المرض كيان بيولوجي فيزيقي بحت، عامل دخيل، يجب استئصاله من الأجزاء الصحية من المجتمع. على أن الجمهور الفيليبيني كان يرفض إلى حد كبير أن يفصل بين المرض وشبكة العلاقات الاجتماعية التي يظهر فيها. وهكذا كانت الإشاعات والكتمان والمراوغة وسائل مختلفة

يقاوم بها أفراد الجمهور ما فرض عليهم كتعريف للمرض والعلاج. وأصبح الخلاف جد شديد بحيث كان لابد من تقديم تنازل ما لتلك «الطبقات الجاهلة»: فنصبت خيام في أفنية مستشفيات الكوليرا ليأوي إليها أقارب المرضى أو أصدقاؤهم. وكان يسمح لهم بزيارة العنابر مرة أو مرتين في كل يوم. كما سمح أيضا للأطباء الفيليبينيين بالدخول ليمارسوا «وسائل علاجهم المختلطة» والتي كانت تتضمن إبقاء المريض في بيئة متملوفة مطمئنة حيث تتم العناية بمعنوياته مثل العناية بجسده.

وتم في وقت ما بين منتصف مايو في مانيلا التوقف تماما عن نقل المخالطين إلى مخيمات الاحتجاز حيث إن هذا الإجراء لم ينتج عنه إلا أن أصبح إخفاء الحالات المرضية هو القاعدة. بل إنه في أول يوليو تم حتى إلغاء الاحتجاز في المنازل. كما أبطل الجنرال بل الاحتجاز الإجباري في باتنجاس ولاجونا في 23 مايو. وأصبح الناس من بعدها يعزلون في بيوتهم حيث كانت سلطات البلدية تضع حراسا عليها.

في أثناء الأسابيع القليلة الأولى من الوباء في مانيلا، كان أعضاء الأسرة المصابة يبعدون إلى مخيم احتجاز. وليس هذا فحسب، بل كان المنزل نفسه يدمر بحرقه إذا كان مبنيا من النخيل. فجرثومة الكوليرا تكمن في القذر والهوام المصاحبة «لمساكن الأهالي» الموبوءة بالعدوى، والتي يجب تدميرها بجراثيمها وكل ما فيها. وقد عرضت كتب كثيرة عن الصحة وشؤون صحة البيئة في الفيليبين تلك الصورة الفوتوغرافية الشهيرة لإحراق المنازل في منطقة فارولا.

والمشاكل التي تنشأ عن هذه الطريقة الفعالة لتدمير جراثيم الكوليرا مشاكل واضحة. ويطرح مدرس أمريكي في سيبو الأمر بالطريقة التالية:

«كان الكثيرون من الفقراء لا يجدون مطلقا أي سبيل للاستعاضة عن منازلهم وعندما يقال لهم إنه ستدفع لهم قيمة المباني المدمرة فإن هذا يعد من أطيب الأمور. على أنهم كان لديهم من وافر الخبرة ما يكفي لأن يجعلهم لا يثقون كثيرا في هذه الحكايات. وكان عليهم أيضا أن ينتظروا لستة شهور حتى ينقضي الزمن المعتاد بالنسبة للخط الأحمر للحظر. أين يعيشون أثناء ذلك الوقت؟ إن من الأفضل أن يتركوا الأب أو الأخ ليموت دون ذكر شيء عن ذلك».

اتخذت مقاومة الحرق شكل إشاعات «كان يجري تداولها على نحو واسع» ويذكر فيها أن بيوت الفقراء تحرق لتفسح المكان «لما سوف يبنى في المستقبل من مساكن ومستودعات للأمريكان الأغنياء». ولما كان حرق البيوت «قد أثار عداء عظيما لدى الناس الأكثر فقرا»، فإنه سرعان ما تم التخلي عنه في مانيلا ليستخدم بدلا منه التطهير الشامل.

تم في الأقاليم تنفيذ الأمر الحكومي 66، الذي يشترط بين أشياء أخرى، أنه يجب حرق بيوت النخيل لحالات الكوليرا، بينما يجب تطهير البيوت المبنية من الخشب. وبالتالي، فقد استُثنيت النخبة المحلية من حرق البيوت. ولدينا في الواقع تقرير واحد فقط عن حرق أحد البيوت في جنوب غرب لوزون - هو عن حرق بيت نخيل في منطقة شعبية في كالامبا قدرت قيمته بخمسة عشر دولارا (مكسيكيا). على أنه لابد أن هناك بيوتا، أكثر قد أحرقت. فقد خصصت الحكومة المفوضة للفيليبين مبلغ 39 ,4624 دولارا، كتعويض يدفع للدعاوى التي يطالب بها أصحاب المنازل التي دمرها حرقا الموظفون الطبيون في مدينة لومبانج. ولو قلنا مثلا إن كل كوخ من أكواخ النخيل المحروقة في لومبانج يكلف 15 دولارا، يكون من الممكن إذن أنه قد تم تدمير 308 بيوت في تلك المدينة. وهذا أمر محتمل. هذا وكان ثمة مدرس أمريكي في سيبو لم يستطع أن يحمل نفسه على تنفيذ الأوامر بالحرق لأنه «لا يكاد يبدأ أحد الحرائق في إحدى هذه المدن، حتى يكتسح أكرات[*4] وأكرات قبل أن يمكن إيقافه». ولم يحرق هذا المدرس سوى كوخ أو كوخين قديمين خربين».

ولابد من أن مدن جنوب غرب لوزون التي كانت تحت سيطرة الجنرال بل، لم يكن فيها إلا عدد جد قليل من الموظفين الطبيين مثل ذلك الذي كتب قائلا «ذهبت بعدها إلى كافيت، حيث وقعت حالات في أحد الأسواق المزدحمة. وتم تدمير السوق حرقا. والنتيجة هي أنه لم يظهر مزيد من حالات الكوليرا لمدة أطول من الشهرين». وقبلها كان النقيب دي ماي قد دمر حرقا بيتا في مالولوس شمال مانيلا. وعلى أي حال، فقد تم إحراق مناطق شعبية بأسرها خارج مناطق القوات أثناء الهجوم العسكري للجنرال بل مما أدى بالفعل إلى نفور جماهيري ضد جيش الولايات المتحدة، وهكذا فإن الإجراءات التي تمت أثناء الوباء بحسن نية كان لا يمكن تقبلها بإذعان.

ولا ريب في أن التهديد بالحرق ظهر تأثيره على نحو كبير في إخفاء أكثر من خمسين في المائة من حالات الكوليرا في المنطقة. وفي 23 مايو أصدر بل في النهاية أوامره بألا يحرق المزيد من البيوت عندما يكون عدد الحالات فيها صغيرا أو حيث تكون الكوليرا قد اختفت بالفعل.

لم تكن مشكلة البيوت الموبوءة التي كانت تتكوم أثناء وباء الكوليرا. وفي 1882، عندما خبرت مانيلا عددا من الوفيات يقدر بما يتراوح بين 13 و 34 ألف حالة وفاة، كانت الجثث تظل بلا دفن لعدة أيام. وكانت منطقة سان لازارو، حيث يقع مستشفى الكوليرا، جد ممتلئة «بغازات الجثث المتعفنة» حتى كان يصعب على المرء أن يسير فيها. وأخيرا تدخلت الحكومة بإرسال كتيبة من المهندسين للمساعدة على دفن الموتى «جماعيا» في حفرة عامة. وكانت طرق الاقتراب من مانيلا «مسدودة بعربات من كل وصف محملة بالجثث».

نشأت نفس المشكلة في 1902. وبحلول نهاية يوليو، كان فناء جبانة توندو مليئا بالأجداث، فحظر دفن أي مزيد فيها. وكما حدث في الماضي، تم تخصيص مساحات أرض جديدة للجبانات في الضواحي، على أن الحكومة الأمريكية ظلت قلقة من أن تصاب طبقات المياه الجوفية بالعدوى. ولا ريب في أنه لم يتم هذه المرة حفر قبور جماعية. وفضلت الحكومة بدلا من ذلك حلا أكثر كفاءة: هو حرق الموتى إلا أن هذا لم يتم فرضه على نحو مباشر. وبدلا من ذلك فإن اللجنة الصحية للجزيرة أصدرت قرارا بأنه يجب وضع الجثث في توابيت معدنية محكمة الغلق قبل دفنها في قبور تبلغ عمقها سبعة أقدام. وإلا، فإن الجثث ينبغي إرسالها إلى المحارق على نفقة الحكومة. والآن، ما هو عدد من يستطيعون دفع تكلفة التوابيت المعدنية؟ مرة أخرى كان الفقراء هم الذين تلقوا هذه الضربة.

ما من فليبيني يوافق وهو في كامل عقله على حرق الموتى. وكان هناك مدرس أمريكي مقتنع بأن «الطريقة المثالية» للتخلص من الجثث هي «حرقها»، وقد اكتشف هذا المدرس أن مجرد ذكر أي شيء عن ذلك كان يثير عاصفة من المعارضة المبنية على الخرافات»:

«أخبرني الفيليبينيون والإسبان معا أنه سيكون خطأ هائلا أن نحاول حرق أي جثث حتى مجرد المحاولة. فالأهالي يرتعبون أشد الرعب من

ذلك، وسيفضلون أن يحفروا بالملاعق خندقا تحت البيت ليدفنوا فيه موتاهم، أو أن يقذفوا الجثة في أقرب مستنقع. وأوضحت لهم أنهم في أي من هذين الحالين لا يدفنون موتاهم في أرض قد كرست لذلك. فأجابوا أنه حتى مع ذلك - فإن هذا أفضل كثيرا من أن تحرق الجثث».

وكانت الجثث التي تظل في مستشفيات مانيلا دون أن يطالب بها أحد تحرق بعد أربع وعشرين ساعة. ومع ظروف الازدحام في الأحياء الشعبية الفقيرة بالمدينة، كان من الممكن أثناء ذروة الوباء أن يُنظر إلى ضحايا الكوليرا نظرة تفيض خوفا ورعبا بحيث ينبذون نبذا. وكان هذا ما حدث على الأقل في 1888، حين كان «مما لا يقل وقوعه» أن يُحمل ضحايا المرض وهم في حالة غيبوبة لدفنهم أحياء. وكان عدد غير قليل منهم يبقى حيا ويعود ليرهب أصدقاءه! وأصبح من الضروري إصدار الأوامر بوضع الجثث في حظائر تترك فيها لساعات معدودة قبل دفنها. أما في 1902 فقد تآلف الخوف من حرق الجثث مع الخوف من حرق البيوت والخوف من الاحتجاز، ليجبر ذلك العائلات الأفقر على دفن الجثث في الأفنية الخلفية أو تحت أكوام الحطب، أو دفنها خارجا في الليل في حقول الأرز، أو حتى إلقائها في نهر باسيج.

وفي أول يوليو تراجعت اللجنة الصحية عن تنظيماتها الصارمة بشأن الدفن. «ونظرا لتعصب الناس دينيا ضد حرق الموتى»، وما ترتب على ذلك من إخفاء الحالات، فإنه يمكن من الآن لأسر وأصدقاء الأشخاص الذين يموتون من الكوليرا في مانيلا، أن يدفنوا موتاهم في توابيت خشبية بسيطة توضع في قبور تملأ بالجير وعمقها سبع أقدام. بل إن اللجنة في 29 يوليو قدمت تنازلا أكبر: فالقبور يمكن أن يكون عمقها حسب ما تسمح به حالة الأرض، ولكن ليس بأقل من ثلاث أقدام بأي حال. على أنه لا يمكن أن يصاحب الجثة أكثر من عضوين بالغين من الأسرة أو أصدقائها. ولا يسمح بأي طقوس دينية أو مواكب جنائزية أو فرق موسيقية.

وعلى الرغم من أن اللجنة الصحية للجزيرة لم توص بحرق الجثث في الأقاليم، إلا أن هذا كان يحدث. وكان على اللجنة في بعض الأحيان أن تأمر بإيقاف ذلك لأنه لم يكن هناك في أي من الأقاليم المنشآت الملائمة للحرق. وكانت نتيجة كل محاولات حرق الموتى أنها «قد أثارت رعب الناس،

ومقاومتهم السلبية، التي كانت أحيانا تصبح مقاومة نشطة، لهذه الإجراءات ولكل الإجراءات العامة لصحة البيئة».

عندما نقارن بين المدن الإقليمية و مناطق مانيلا الفقيرة التي أدى الازدحام فيها هو وإجراءات الترقب الحكومية الشديدة، إلى فرض الضغوط والمخاوف الإضافية على السكان، سنجد أن المدن الإقليمية كان فيها عدد أقل من الحكايات المرعبة. وكان أحد العوامل التي ساهمت في ذلك حقيقة أن القوات الأمريكية ظلت باقية في ثكناتها في مراكز المدن. وكان أطباء الجيش ومفتشوهم ينظمون الأمور في المركز، أما في القرى خارج المركز فإما أنه كان يجري تنفيذ حملة عنيفة ذات قيادة محلية، أو أنه كان يسمح ببساطة للوباء بأن يأخذ مجراه. وفي أي من الحالين لم يكن من الممكن أن يحدث الكثير من التدخل الأمريكي في الممارسات التي تدور حول المرض والموت.

وكمثل، فإنه في مدينتي بيلا ولاجونا، صدرت أوامر للمواطنين الزعماء بأن يشرفوا على حفر حوالي عشرين قبرا في كل يوم، عشرة قبور للبالغين، وعشرة للأطفال. وكان عليهم بالإضافة إلى ذلك أن يحصلوا على تصريحات بالدفن من القادة الأمريكيين وأن يراعوا ألا يصاحب الجثث إلى المقبرة عدد زائد من الناس. ولكن الناس في بيلا كانوا يستطيعون مخالفة قواعد النظام إذا أرادوا ذلك. فإخفاء الحالات كان أمرا بسيطا في المناطق الشعبية. وكان الأقارب والجيران والأطفال يزورون المرضى أو الموتى دون أي قيود. وكان بعضهم يأتون لتقديم تحيتهم، وللانضمام إلى الاحتفال المسمى «كاتا بوسان»، بينما كان آخرون يريدون أن يروا فحسب كيف يبدو من يموتون ومن ماتوا. وكان منظر ضحايا الكوليرا منظرا فظيعا. وقد سجل وجود نفس هذا الإهمال المطلق للممنوعات في المدن خلال كل الفيليبين. «إنهم لا يخافون من أي شيء» كما يقول متحسرا أحد المدرسين المحبطين في فيساياس. وفي إيبان بباتنجاس، كان يطلب من البيوت الموبوءة بالعدوى أن ترفع علما أحمر، «إلا أن الأهالي لم يبدوا أي التفات لهذا التنبيه، ويبدو أن وجود العلم الأحمر كان بالنسبة لهم نوعا من الفكاهة فحسب». ويرى الملاحظون أن هذا نوع من الجهل والتسليم بالقضاء والقدر. ومن الجانب الآخر فإنه يمكن فهم ذلك على أنه إصرار على أن يظل الموت هو ومفارقة

الحياة حدثا اجتماعيا.

كانت المدن مسرحا للخلافات بين أطباء الجيش والأفراد الرسميين من الأهالي، وصلت التوترات المحلية إلى حد بالغ حتى أصبح على ورشستر وهو يجوب الأقاليم أن يعاقب بعض موظفي الشؤون الصحية الأمريكيين من المتعسفين. وكانت المتاعب تتفجر عادة عندما يتهم الموظفون المحليون بعدم كفاءتهم أو عدم تعاونهم، وكان ينظر إلى اللجان الصحية الإقليمية والبلدية التي تكون من الفيليبينيين على أنها «ليست لها كفاءة بالمرة لأن تواجه الحالة الطارئة للتعامل مع الوباء». وفي إحدى مدن لاجونا، أُدخل أعضاء اللجنة الصحية المحلية إلى السجن بسبب «إهمالهم الإجرامي»، وذلك أنهم لم يبلغوا عن الحالات لطبيب الجيش. وكان العذر الذي يقدم هو عدم التأكد من التشخيص. أما في الأقاليم والمدن القليلة التي سجل فيها النجاح في إخماد الكوليرا، فقد أرجع فضل ذلك إلى أطباء الجيش الملحقين للعمل مع اللجان المحلية.

من الصعب أن نوافق على هذه الاتهامات على عواهنها عندما نأخذ في الحسبان حقيقة أن مفوضيات البلدية الصحية، كانت تعمل تحت إرشادات مماثلة أثناء وباءي 1882 و 1888. وما أغفل ذكره في الروايات الأمريكية عن الإهمال المحلي أو التصلب المحلي، هو ما يتعلق على وجه الدقة بسياق الحرب، أو إذا طرحنا الأمر بطريقة أخرى، ما يتعلق بالتفسيرات المحلية التي شكلتها ذكريات حديثة عن الاستغلال الاستعماري الذي يحدث باسم إنقاذ حياة البشر من الوباء.

ويذكر تقرير موجز عن سان بابلو في لاجونا أن الرائد إسحق بروار طبيب الجيش، كان مشتبكا في نزاع مرير مع العمدة حول طريقة تناول الوباء. وتم اتهام العمدة بأنه «جد بطيء»، بينما كان بروار فيما يُزعم «وقحا وغير صبور» . هل كانت هذه حالة أخرى من الحالات التي عمت كل مكان وزمان من جهل الأهالي أو عنادهم؟ وعندما نضع هذه الحالة في سياقها نكتشف أنه منذ ستة شهور فقط كانت كنيسة المدينة محتلة بقوات الولايات المتحدة، كما أن قسيس الأبرشية كان محتجزا، وفي الشهر التالي، فُصل العمدة بأسلوب فظ بزعم مساعدته لقوات العصابات. وفي ذروة عملية إعادة الحشد، فُتح باب غرفة الكنوز المقدسة عنوة، وهي غرفة كانت

تخزن فيها الأشياء المقدسة تحت ضمان بتأمينها من الضابط القائد الأمريكي، وتمت سرقة العديد من المصنوعات الذهبية والفضية مثل كؤوس القربان وأوعية خبز القربان والأطباق. ولم تترك قوات الاحتلال الكنيسة إلا حوالي يوم 17 مايو، وهو اليوم الذي أطلق فيه سراح القسيس.

نحن لا نعرف إن كان الأب الكانتارا قسيس الأبرشية مشتركا في المعارضة المحلية لتدخل السلطات الصحية الأمريكية. على أن من الصعب تصوره وهو ينحني لأحد أطباء الجيش بعد ما فعلته القوات الأمريكية. ومن الممكن تماما أنه كان واحدا من أولئك القساوسة المحليين الذين يخبرون الناس وهم عند كرسي الاعتراف، أن الأمريكيين إنما يقومون بالحملة ضد الكوليرا «كذريعة للتحرش بنا باستمرار». وهذه المعارضة «أو الاصطدام» كانت بقدر كبير بما يكفي لأن يستثير الحكومة لتحذير أعلى سلطات الكنيسة. والقساوسة كانوا دائما يتولون الأمور في الأوبئة التي حدثت فيما مضى، فيمشون بالجماهير في مواكب حول المدينة، ويقودون الصلوات التاسوعية والمواكب ويمنحون الصلوات الأخيرة للسر المقدس، بل كانوا أحيانا يرأسون اللجان المحلية لشؤون صحة البيئة. وهم يمثلون الفكر المناقض لفكر أطباء الجيش، وهو أن المرض حالة معنوية مثلما هو حالة بدنية.

وقد عانت سان بابلو كثيرا أثناء إعادة الحشد، وهذا أمر ينبغي ألا نتوقع أن سكان المدينة كانوا سينسونه بسرعة كبيرة. وكان مركز المدينة قد حول لواحد من أكبر ثلاثة معسكرات اعتقال في جنوب غرب لوزون. على أنه عندما تبين أن من المستحيل «حماية» الناس المبعثرين على طول الطرق الرئيسية، أنقص حجم المنطقة بدرجة أكبر. وزيد من حشر الناس معا في نطاق أضيق، الأمر الذي يهزأ بكل قواعد شؤون صحة البيئة ويزيد زيادة هائلة من فرصة انتقال العدوى. ولم يترك أحد خارج النطاق ليرعى حقول الأرز. بل حتى أثناء سنوات ما قبل الحرب، كان المحصول الطبيعي لسان بابلو يكون فحسب جزءا من عشرين من الاحتياجات، وكان لسان بابلو دخل من تجارة جوز الهند المجفف يمكنها من شراء كل ما تحتاج إليه تقريبا من الأرز من المدن المجاورة. وانخفض هذا الدخل بشدة بسبب إعادة الحشد. وعندما أوصى بتجارة جوز الهند المجفف في أواخر أبريل، عاقها وجود الحجر الصحي ومنع حركة المرور في البحيرة في يونيو وغير ذلك من

الإجراءات ضد الكوليرا. وظل سكان المدينة زمنا يعيشون على إعانة الأرز.

بل حتى قبل الكوليرا، كان معدل الوفاة من الدوزنتاريا وحمى الملاريا معدلا هائلا في منطقة سان بابلو، حيث سجلت 362 حالة وفاة في شهر مارس وحده. وأرجع طبيب الجيش السبب في ذلك إلى خطة إعادة الحشد التي أدت إلى «ظروف من الازدحام وقصور في المرافق»، بما يمنع فرض إجراءات الشؤون الصحية للبيئة والإجراءات العلاجية حتى ينخفض معدل الوفاة انخفاضا له مغزاه. وأوصى بأن يسمح للأهالي بالعودة إلى مناطقهم الشعبية بمجرد أن تسمح الظروف بذلك. أما إذا لم تسمح الظروف «فإنه بسبب ما يسود عموما من ظروف غير صحية، سوف يتنفس وباء الكوليرا بحيث يعرض للخطر حياة كل فرد في المدينة، سواء من الجنود أو الأهالي». وعندما وصلت الكوليرا بالفعل، كانت المدينة لا تزال محشورة بالناس، الذين منعهم الآن الحجر الصحي من الخروج منها. على أنه كما حدث في العديد من المدن الأخرى ذ ات الحاميات، فإن القوات الأمريكية تمكنت من الفرار.

وفي مثل هذه الظروف لا يصعب أن نتصور السبب في أن عمدة سان بابلو هو وطبيب الجيش الأمريكي، قد انخرطا في نزاع مرير أثناء ذروة الوباء. ولا يمكن أن ينتابنا أي شك في أن الرائد بروار كان يتصرف بحسن نية، ولكن تأكيده على «صواب» طريقته كان فيه تجاهل للسياق المحلي. أما من وجهة نظر سكان المدينة، فإن الوجود الأمريكي يشكل مشكلة لايقل قدرها عن مشكلة الكوليرا. وتصرف العمدة «ببطء» مثير للانفعال لم يكن إلا شكلا آخر من أشكال المقاومة. وعندما تُصور الأحداث على أنها نضال ملحمي ضد المرض والجهل، فإن هذا لا يؤدي إلا لتحويل الانتباه عن المشكلة الأوسع وهي التدخل الاستعماري الذي يحيط بكل شيء، والذي يشترك الفيليبينيون معا في أنهم لا يستطيعون نسيانه بسهولة.

هناك مدن كان المشرف على السيطرة على الوباء فيها هو قائد حامية المدينة بدلا من أحد أطباء الجيش، وكانت درجة التوتر في هذه المدن أقل كثيرا. وكمثل فإنه في بيلا التي لا تبعد إلا حوالي عشرين كيلو مترا شمال سان بابلو، أعطى الضابط القائد أمره ببساطة إلى العمدة، بأن يقسم المدينة في مناطق للكوليرا تحت رئاسة المواطنين البارزين الذين كان الكثيريون

منهم قد حاربوا في المقاومة. وعهد إلى العقيد روبرتو ريلوفا، أحد الأبطال السابقين لحرب العصابات، بالمسؤولية عن منطقتين شعبيتين. وكانت كل التعاملات مع الناس تتم من خلال رجال مثله، ومن ذلك شرح الإجراءات الصحية والتبليغ عن الحالات وتنظيم أمور الدفن.

كانت بيلا من الناحيةالعسكرية قليلة الأهمية بالنسبة للأمريكيين. وهكذا نقلت كل الحامية بعيدا في يوليو عند ذروة الوباء. وبالإضافة إلى ذلك فإنه حيث إن عدد السكان كان فحسب ربع سكان سان بابلو، وحيث إن بيلا كانت تقليديا منطقة فائض أرز، فقد أمكن لبيلا أن تنجو من مشاكل الإمداد بالطعام. وإذن، فإنه في هذه الحالة كان الرؤساء المحليون هم أصحاب السيطرة، وكان الوجود الأمريكي ضعيفا. ولم تكن هناك حاجة «إلى صندوق إعانة الفقراء»، ولا الاعتماد على معونة الأرز، ولاتهديد لقلقلة النظام الاجتماعي التقليدي بواسطة أطباء الجيش المتعجرفين. ولم تحدث جلبة حول إخفاء الحالات وما شابه من الأمور، لأنه لم يكن هناك أي حالات يكتشف إخفاؤها.

ويبين مثل بيلا كيف أن اتباع الأمريكيين لتكتيك مختلف يمكن أن يؤدي إلى التكيف المتبادل - أو لعله يؤدي إلى وجود هدنة - داخل منطقة المعركة. والحقيقة أنه يبدو أن القاعدة كانت أن التحكم الاستعماري في الصحة وشؤون صحة البيئة يؤدي إلى إثارة المقاومة الشعبية، التي كانت بدورها تفرض تقديم تنازلات لها مثل إلغاء الاحتجاز وحرق البيوت والموتى، وأهم من هذا كله أن أعيد تدريجيا إلى الأطباء الفيليبينيين والسلطات المحلية تولي مهمة التحكم في المرض. وكان الجانب الآخر من الانتصارات المحلية الظاهرة في هذه التكيفات والحلول الوسط والتواؤمات مع العادات المحلية، هو إعطاء الفيليبينيين الفرصة الكافية لأن يتوصلوا من خلالها إلى التفاهم مع سلطة الدولة الاستعمارية. وبمعنى ما، فإن الفتح الإسباني هو الذي ساد ثانية.

وعندما وضعت النخبة المحلية مدنها في وضع يتفق على الأقل مع الخطوط العريضة للخطة الاستعمارية لشؤون صحة البيئة، وجدت الحكومة نفسها وهي تواجه على نحو متزايد وجود «الآخر» التقليدي في مركز المدينة الإسباني. والحقيقة أن النظام الاستعماري الجديد كان فحسب،

نسخة من النمط الفيليبيني الكلاسيكي للمدن التي يسودها مجلس رئاسي مع جودة في شؤون صحة بيئتها، بينما الضواحي تضمحل لتصبح عالما يتكون من عناصر «لا سيطرة عليها» أو «مضطربة النظام» أو «مخربة». وبعد استسلام مالڤار، أُطلق على كل أشكال المقاومة المسلحة للنظام لقب «اللادرونية» (من الكلمة الإسبانية لا درون، التي تعني «رجل العصابات» أو «قاطع الطريق»). وأحد أشكال ذلك بخاصة كان يتضمن وجود معتقدات وطقوس دينية بما لقب بأنه «تعصب ديني».

أما في وادي ماكينا فإن المراقب الطبي الإقليمي الفيليبيني هو ونظيره الأمريكي، قدما طلبا في نهاية يوليو لتخفيف قيود الحجر الصحي للأسباب التالية: أن المحاصيل الأخيرة كانت هزيلة، وأن ظروف الحرب قد عاقت الزراعة في السنوات الثلاث الأخيرة، وأن المحصول السابق قد دمره الجراد، والحجر الصحي الآن يمنع الفلاحين من حرث حقولهم. على أن المستأجرين كانوا يجبرون على دفع الإيجار السنوي، «سواء كان أو لم يكن هناك أي محصول». ونتيجة ذلك (أن الكثيرين منهم والكثيرين من الفعلة الأجراء في الحقول (كانوا) يلجأون إلى الجبال وينضمون إلى أفراد العصابات كوسيلة لكسب عيشهم». ترى هل كان «أفراد العصابات» هؤلاء بين من انضموا للحكومة الثورية الكاتيبونية التي أعيد إحياؤها وبدأت تظهر في أجزاء من أقاليم كاڤيت ولاجونا وتاياباس وريزال، وكان ذلك بما لايدهش بدءا من منتصف 1902؟

تمتد تلال السفوح المرتفعة لجبل باناها، لتنتشر متباعدة في ولايات لاجونا وتاياباس وباتنجاس، وكانت هذه التلال في حالة من الاضطراب في أواخر 1902، إلى حد أن تطلب الأمر في بعض مدن تاياباس العودة إلى تنفيذ خطة إعادة الحشد ثانية. وكان هناك زعماء شتى لعصابات المقاومة التي جاءت بعد مالڤار، مثل «البابا» روبرتو ريوس والرئيس الكاتيبوني ماكاريو ساكاي، وكانوا يجوبون تلك التلال في أواخر 1902 وفي 1903. ويذكر تقرير في 1903 عن الحركات الدينية ـ السياسية التي تتخذ قاعدتها فوق هذه التلال أن «الاستقلال» أصبح لهم دينا. «فهدفهم هو حالة استقلال سحرية» وباللغة التاجالوجية فإن كلمة الاستقلال هي «كالايان» ، وأحد معانيها مشتق من كلمة «كاجينهو آن»: أي «الخلاص من الألم»، أو «الحياة

المريحة». ولا شك في أن «الخلاص من الكوليرا» كان يجد له خانة في سجل 1902 ـ 1903. ومما يستحق الملاحظة أن «كلمة السر» بين أعضاء هذه الحركات كانت وما زالت هي «السلام على مريم النقية... الطاهرة من أي ذنب» ـ وهي السطر الأول من إحدى الصلوات، وكانت تلصق على الأبواب أثناء وباء الكوليرا لتلتمس من مريم العذراء ومن يسوع المسيح الخلاص من الوباء.

كان باناهاو وتلال سفحه قاعدة لعمليات «الكيوراديروس» أو الأفراد الشافين الذين كانوا بدلا من الأطباء المؤهلين، الملاذ الأول للفلاحين في المنطقة. وقد وصفهم أحد الأطباء الأمريكيين بأنهم رجال أو نساء «لايشكلون طبقة أو طائفة مثل رجال الطب في القبائل المتوحشة، وإنما يشابهون بعض المشابهة الحلاقين الأطباء في قرى القارة الأوروبية التي لايوجد فيها أطباء». وكان «الأفراد الشافون» يصفون عموما دواء للكوليرا يستخلص من شجرة «للمانونج» (ساما ديرا أنديكا) تنمو في إقليم تاياباس. والفرد الشافي الذي يكون بالذات موهوبا يولف بين العلاج الطبي وبين طقوس تتضمن تدخلا من روح هادية. وأحد شروط العلاج أن يتعهد المريض بأن يؤدي شكلا ما من الحج إلى جبل باناها ووفاء «لپاناتا» أو نذرا للكائنات فوق الطبيعية. ومن الواضح أن أوبئة الكوليرا قدمت الظروف المثالية التي يظهر فيها الشافون الذين يجذبون القرويين إلى قبضتهم بعيدا عن مراكز المدن.

كان من الشائع بالنسبة للسلطات الاستعمارية في 1902 وما تلاها من سنوات الكوليرا أن تفرض بالقوة تفرقة الناس الذين يتجمعون في أماكن تعد مصدرا للعدوى: كالينابيع المقدسة، وأماكن الحج، وحتى الكنائس وحلبات صراع الديكة[*5]. وفي بعض الأحيان كان أحد الشافين الممنوعين من العمل يصبح مركزا للانتباه فيتم قمعه في التو، وفي أحوال أخرى كانت تنتهك طقوس الحياة الطبيعية للناس. وكانت هذه التدخلات ترد في الروايات التي ذكرها قواد الحاميات والمراقبون الصحيون والمدرسون وأمثالهم، وتبرر على ضوء من المشاكل التي يفرضها الجهل والخرافة.

ولكن لماذا ظلت مثل هذه «المشاكل» باقية؟ لقد ظل ورشستر لوقت متأخر حتى 1914 وهو يبدي فجيعته «للمدد الذي لا ينقطع» من الأفراد الشافين، مثل «ملكة تايتاي» التي تم اكتشافها أثناء تفشي الكوليرا مرة

ثانية في 1905، والتي هدد أتباعها الذين يبلغ عددهم المئات بمجابهة عنيفة للدولة لو أصاب زعيمتهم أي ضرر. ماذا كانت حدود المعرفة التي يحوزها هؤلاء الشافون؟

ما الذي كان يكمن وراء الحج إلى أنتيبولو و باناهاو، بالإضافة إلى «التعصب»؟ إن المصادر تسكت عما يتعلق بهذا الشأن. وما يخرج من عالم السكان المحليين هو في أكثره مما يتم نقله عن طريق وسيط، ويتم تشويهه بالخطاب الطبي ـ الصحي لتلك الفترة. وأيا ما كانت الطبيعة الحقيقية لهذه الظواهر، فإنها كانت تعني الخطر بالنسبة لممثلي النظام الاستعماري الجديد سواء في ذلك الفيليبينيون منهم أو الأمريكيون. وكانوا يجادلون بأنهم يفرقون تجمع الجماهير عند مصادر العدوى، إلا أن المرء ليرتاب في أنهم إنما كانوا يقمعون أيضا هذه التجمعات الطقوسية، من أجل المنع الذي يفرضونه على ظهور أي نظم بديلة أو مصادر للاضطراب.

هذا وقد انخفض عدد حالات المرض والوفاة في جنوب غرب لوزون في سبتمبر وأكتوبر، وكانت الأعاصير الاستوائية العنيفة تندفع وقتها على الجزر، وكما ذكر أطباء الجيش أنفسهم فإن مقدار ما نتج عن ذلك من المياه تدفق بغزارة كاسحا الجداول وضفافها. وحدث أيضا أن كانت سلالة ميكروب كوليرا 1902 قد استنفدت حدتها في ذلك الوقت، واكتسب السكان مناعة متزايدة. والحقيقة أن الكوليرا بدت وكأنها تتبع سياق الأمور في نازلة الوباء الكبرى في 1882. إلا أن ورشستر وغيره من الموظفين الصحيين لم يكونوا بالذين يوافقون على ذلك، وعزوا انخفاض عدد الحالات إلى الإجراءات الأمريكية بالنسبة للشؤون الصحية وشؤون صحة البيئة. أما من حيث توقي أن تحدث أوبئة خطيرة فيما بعد، فإن هذه الإجراءات لو أنها كُيفت حسب الظروف المحلية لربما كانت فعالة. ولكن دورها الواقعي في 1902 كان أنها ختمت فصلا من الحرب الفيليبينية ـ الأمريكية.

الحواشي

(*1) الكوليرا حمى تنتقل عدواها بتلوث المياه والأطعمة ببكتريا ذات شكل عصوي أو واوي، وتؤدي إلى إسهال وقيء شديدين، وقد تؤدي إلى وفاة المريض خاصة بين الأطفال والمسنين. ويمكن توقي الكوليرا باتباع الإجراءات التي تكفل بيئة صحية سليمة ونظافة المياه والطعام ـ (المترجم).

(*2) لوزون إحدى الجزر الرئيسية من أرخبيل الفيليبين ـ (المترجم).

(*3) البري بري : مرض يسببه نقص الثيامين أحد عوامل فيتامين ب، ويؤثر في الجهاز العصبي المركزي بما يسبب الإحساس بالخدر (التنميل) وتغيرات في رد الفعل العصبي للعضلات. وتتوافر مادة الثيامين طبيعيا في الأرز غير المبيض ـ (المترجم).

(*4) الأكر : وحدة مساحة تساوي ما يقرب من فدان أو أربعة آلاف متر مربع ـ (المترجم).

(*5) تنتشر في الفيليبين مسابقات صراع الديكة التي يتراهن عليها الأهالي ـ (المترجم).

7

الطاعون(*1) وتوترات الإمبراطورية: الهند ١٨٩٦ ـ ١٩١٨

آي. ج. كاتاناتش

وفد الطاعون إلى بومباي في 1896. ومن شبه المؤكد أنه وفد بواسطة سفينة تجارية من هونج كونج، وكان أول تشخيص له على يد طبيب هندي يمارس الطب الغربي وهو دكتور ڤيجاس (تصر معظم الوثائق الرسمية على أن تدعوه «السيد ڤيجاس»). وكان الطاعون مما لا يكاد يعرف في الهند لقرون عديدة. ولم تقر السلطات البريطانية بوجوده إلا على مضض، وذلك في أواخر سبتمبر 1896، حين أقرت بوجود حالات معدودة من «الحمى الدبلية» من النوع «الخفيف».

وحتى عندها ظل هناك بعض تشكك في الدوائر الأوروبية. وعلى كل، فإن التشخيص الأصلي هنا إنما قام به واحد من أولئك «الأطباء المحليين (أو المؤهلين»، الذين أخذوا مؤخرا يجعلون وجودهم محسوسا، ليس فحسب في الطب وإنما أيضا في دوائر بومباي السياسية. وأصر ڤيجاس على إعلان اكتشافه مدويا أمام اللجنة الدائمة لمجلس بلدية

بومباي التي كان عضوا بها. وطلب ر. هـ. ڤنسنت مفوض شرطة المدينة، من اللجنة الدائمة ألا تقفز في استنتاجاتها حول هذا «الأمر العجيب». كان ڤنسنت يضع في ذهنه اعتبارات النظام العام، وقد اتضح إلى حد كبير بما يكفي أن الحكم الاستعماري يعتمد على نوع ما من «التعاون مع المحتل» تقدمه له قطاعات كثيرة ممن يحكمهم. وكان هناك آخرون من الأوروبيين لديهم اعتبارات اقتصادية - يشارك فيها على الأقل إلى حد ما عنصر من رجال الصناعة الهنود المهيمن في بومباي. وهكذا فإن صحيفة «بومباي جازيت» وهي صحيفة غير رسمية، كتبت لتحذر ضد «التصريحات المبالغ فيها، التي قد تضر بالتجارة والصناعات التي تزدهر بها المدينة». ثم أتى تأكيد وجود الطاعون في 12 أكتوبر 1896 على يد عالم البكتريولوجيا و. م. هافكين - الذي سنسمع عنه المزيد فيما بعد. ولكن صحيفة بومباي جازيت ذكرت في نفس اليوم» «أنه يسعدها أن تسجل أن المرض يجري إخماده سريعا». وسرعان ما كان يتم يوميا ضخ ثلاثة ملايين جالون من حمض الكربوليك[*2]، والماء المملح في مصارف وبالوعات بومباي: وهكذا فلا ريب أن الأمور ستصبح على ما يرام في زمن قصير.

ولعل حقائق الموقف الاستعماري ذاتها كانت تتطلب أن يكون هناك إظهار للثقة هكذا في هذه المرحلة. فقد ساعد الطب الغربي، أو على الأقل ساعد الاعتقاد بفعالية الطب الغربي، على جعل الحياة محتملة بالنسبة للأوروبيين في الهند. وقد كتبت صحيفة «تايمز أوف إنديا» لقرائها في 1898، وهي صحيفة أخرى في بومباي، كتبت تقول: «يعتقد الإنجليز أن انجلترا قد بينت لكل العالم طريقة بالنسبة لعلم صحة البيئة». وساعد الطب الغربي على أن يعطي للحكم البريطاني في الهند ما سمي بأنه «توهم البقاء الدائم». فالطب الغربي هو إحدى «أدوات الإمبراطورية» باستخدام كلمات دانييل هيدريك.

إلا أن الطب الغربي في الهند كان في الواقع يشارك في معاناة وجوه من عدم الأمان والتوترات الموجودة في الداخل من الإمبريالية. وكما أن مجيء الطاعون قد ألقى ضوءا كاشفا على الاختلافات السياسية والاجتماعية والطبقية داخل المجتمع الهندي - وهو أمر يشابه كثيرا ما أدت إليه الأمراض الوبائية الأخرى، في أماكن أخرى ومجتمعات أخرى -

فإنه مما يماثل ذلك أيضا ما حدث لحكام الهند من أن مجيء الطاعون لفترة من الزمن قد أدى إلى كشف أمر (توهم البقاء الدائم) بما هو عليه حقا. هذا وقد تكشف بوضوح صارخ تقريبا وفي فترة قصيرة نسبيا، كل ما يوجد من المنافسات والاختلافات بين الحكومة البريطانية وحكومة الهند، وبين الحكومات الإقليمية المختلفة، وبين هيئات الموظفين الإمبريالية المختلفة، وبين أصحاب المناصب الرسميين وغير الرسميين، وتكشفت فوق كل شيء المنافسات والاختلافات التي بين الأفراد.

في 1896، بالرغم من كل النشاط العلمي وكل مظاهر العلم الشامل، إلا أن الطب الأوروبي في الهند أو في أي مكان آخر لم يكن لديه إلا أقل ما يذكر من معرفة بالعوامل المسببة للطاعون. ولم يكن يعرف أي شيء عن علاجه. ولم يكن الطب الغربي قد اكتشف بعد الدور الحيوي للبراغيث (على الأقل بالنسبة لهذه الجائحة الوبائية الأحدث): فالبراغيث تلدغ البشر بعد أن تهجر جرذا أو أي نوع آخر من القوارض يكون مصابا بالطاعون. وفي أوائل 1897 أُحضر إلى بومباي عدد من الأطباء المبرزين من الأوروبيين والهنود الذين يمارسون الطب المغاير(*3)، أُتي بهم للتصديق على تصريح أدلى به كبير الأطباء چيمس كليجورن، المدير العام للخدمات الطبية الهندية (خ ط هـ) يؤكد فيه أن الطاعون «هو فحسب مرض تنتقل عدواه هونا أو أنه مرض معد بدرجة هينة»، وأن وقوعه هو «إلى حد كبير بسبب من الظروف المحلية». وكما يتفق فإن آراء كليجورن لم تكن خطأ بصورة مطلقة، إلا أن بعض مؤيديه كانوا ينزعون إلى الاعتقاد بالآراء القديمة عن الأجواء العفنة(*4) (وعلى كل فإنه في وقت متأخر حتى عام 1894، كان من المفروض أن يكون خط سير قوات الجيش بحيث يكون في زاوية قائمة مع اتجاه الريح عندما يكون هناك وجود للكوليرا). ولم يحدث إلا في مايو 1899، أي بعد اعتزال كليجورن، أنه اضطر إلى الإقرار بجهله الأساسي بالنسبة للطاعون.

كان معظم أفراد (خ ط هـ) ـ أو بلا شك معظم أفراد جيل كليجورن ـ يرون أن وظيفتهم في (خ ط هـ)، هي البديل للعمل كممارس عام في بريطانيا العظمى الذي كان غالبا عملا من نوع لا يجلب الربح. ولم يكن هؤلاء الأطباء غير مهتمين بالتطورات الجديدة في الطب، ولكنهم مثل معظم الممارسين العامين لم تكن عقولهم ذات توجه خاص للأبحاث. وكان

الموقف قد أخذ يتغير في أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر، على أنه مما كان له مغزاه أنه حتى في 1899 أحس رونالد روس بأنه مضطر لأن يترك «الخدمة»، بسبب عدم كفاية ما يقدم من دعم لبحثه في الملاريا. وكان بعض أفراد (خ ط هـ) ينفقون كل حياتهم المهنية في خدمة الجيش الهندي. والحقيقة أن كل أفراد (خ ط هـ) كانوا من الوجهة الرسمية يظلون طوال مدة بقائهم في الهند كضباط في الجيش، وهم عرضة لاستدعائهم للخدمة العسكرية. على أن هدف الكثيرين منهم كان ممارسة الطب المدني في مدينة إقليمية كبيرة. فهناك يمكنهم أن يجمعوا بين العمل الحكومي والممارسة الخاصة - وإن كان الكثيرون منهم قد أصبحوا الآن يخبرون بعض المنافسة من الأطباء «الممارسين المحليين»، الذين تخرجوا من كليات الطب الهندية. أما العمل في مجال «شؤون صحة البيئة» أو الصحة العامة فكان غير محبب، ويرجع هذا في جزء منه لأنه لا يسمح بالكثير من الممارسة الطبية الخاصة.

كانت هيئة (خـ ط هـ) تمارس إلى حد ما أن تغلق باب الوظائف أمام كل من هو هندي، الأمر الذي كان علامة مميزة لكل هيئات الموظفين في الهند في أواخر القرن التاسع عشر. وكانت هذه الهيئة تضم أيضا الأنشطة «المهنية» لممارسي الطب المغاير، خلال كل العالم الذي يتكلم الإنجليزية وقتها. وفي عام 1889 نجد في إقليم البنچاب المهم أن الصلة كانت في الواقع مقطوعة بين الطب الرسمي والطب الهندي، أي طب «الحكماء» و «الكهنة». إلا أن كليجورن أثناء خدمته في البنچاب عمل على فتح سبل أكثر أمام الهنود ليعملوا كمساعدي أطباء مدنيين، أما خلفه في منصب المدير العام لهيئة (خ ط هـ) وهو روبرت هارڤي، فلعله حتى كان صاحب نزعة أكثر تحررا في الأمور العرقية. وهكذا فإن (خ ط هـ) لم تغلق قط أبوابها إغلاقا تاما أمام غير الأوروبيين. وبهذه الطريقة، أو على وجه التأكيد بطرائق أخرى أيضا - فإن هيئة (خـ ط هـ) بما يكاد يكون وعيا بالذات، قد ميزت نفسها عن الخدمات الطبية للجيش (التي سرعان ما أصبحت السلاح الطبي للجيش الملكي) التي كان لديها ممثلون يخدمون في فرق الجيش البريطاني الموجودة مؤقتا في الهند. وكانت (خ ط هـ) تحس أيضا بأنها تتفوق نوعا ما على هيئة الخدمات الطبية للمستعمرات التي تعمل في

مستعمرات التاج. ومع كل هذا إلا أن (خـ ط هـ) كانت زمن وفود الطاعون إلى الهند، بمنزلة القريب الفقير بالنسبة لهيئة موظفي الهند المدنيين (م هـ م)، وذلك من حيث العائد المادي ومن حيث علو المقام. وكانت إلى حد ما تتشارك مع السلطة العسكرية في خضوعها هذا للسلطة المدنية. وكان كيرزون(*5) يعمل على دعم هذه السلطة الأخيرة أثناء مجابهته لكتشنر(*6) في السنين الأولى من القرن العشرين.

في نهاية 1896 وأوائل 1897، بدأت أرقام معدل الوفيات من الطاعون في بومباي ترتفع ارتفاعا جد مفاجئ. وحدثت هجرة جماعية مذعورة من المدينة، وهكذا حدث ما كانت السلطات تريد منع وقوعه. وتفشى الطاعون بصورة أعم في پونا والمناطق الخلفية لساحل بومباي. وأخذت القوى الأوروبية الأخرى تبدي علامات القلق: فما كان ينبغي لأحد أن ينسى أبدا المخاوف الخاصة التي تثيرها كلمة «الطاعون» في الغرب منذ وباء (الموت الأسود). وكان ثمة حديث عن إغلاق الموانئ أمام المسافرين والبضائع الآتية من الهند، بل وقال الفرنسيون إن هناك احتمال أن تقع حوادث شغب في مارسيليا، التي كانت ترتبط ارتباطا له قدره بالشرق، وكان فيها ذكريات شعبية عن تفشي الطاعون في وقت متأخر حتى عشرينيات القرن الثامن عشر. وسرعان ما شهدت بومباي تدفقا لبعثات الاستقصاء «الأجنبية». وأصرت القوى الأوروبية وخاصة القوى الاستعمارية على عقد مؤتمر دولي لصحة البيئة في فينيسيا. (كان هناك من السوابق ما يكفي لعقد مؤتمر كهذا). وكان رد فعل حكومة الهند لكل هذا هو إبداء عدم شكها في فعالية الطب الغربي بما هو عليه. إلا أنه كانت قد ظهرت بالفعل أول علامات للتشكك في واقع أطبائها الممارسين في الهند. وأُرسل كليجورن لحضور مؤتمر فينيسيا، ولكنه أخبر بأنه ينبغي أن يلازم الوفد البريطاني ملازمة وثيقة، وأنه «ليس مما يُنصح به أن يلح على المؤتمر بأي محاجة تتأسس على الرأي بأن الطاعون لا ينتقل بالعدوى أو المخالطة. وأحيانا كان الفرنسيون في المؤتمر يتخذون «نبرة ساخرة» تخريبية، وهكذا فإنهم كانوا ينتهزون أي فرصة للسخرية من البريطانيين، الذين يحكمون بلادا هي موطن للكوليرا، ويحكمون الآن إحدى بؤر الطاعون. وتمكن البريطانيون إلى حد كبير من أن يبلغوا النجاح في النهاية بطريقتهم الخاصة. فلن يكون هناك حجر

صحي على المسافرين والبضائع الآتية من الهند إلا في أحوال نادرة. على أن الدرس المستفاد من الأحداث مثل مؤتمر فينيسيا لم يكن بالدرس الذي يفوت على البريطانيين، سواء في «الوطن» أو في الهند: فالحقيقة هي أن الطاعون أدى، من بين عوامل أخرى، إلى أن يزود القوى الاستعمارية الأخرى بنقطة من نقاط الفوز في المباريات الإمبريالية. وكان ما حدث بعد ذلك - مثل إصدار قوانين تنظيمية كانت أحيانا قوانين رهيبة، مع فرض تنفيذ هذه القوانين ظاهريا تنفيذا عنيفا، ومثل النشر الباذخ لتقارير ومجموعات من الوثائق عن الطاعون في الهند - هذا كله كان إلى حد كبير يحدث كنتيجة للوعي بهذه الحقيقة.

على أننا ينبغي أن نحاذر من أن تخدعنا التقارير التي نشرتها وقتها أجهزة العلاقات العامة الحكومية وقتذاك. فقد أدى الطاعون بالفعل إلى استجابة الحكومة في الهند بما كان أعنف نوعا من الاستجابة التي أثارتها مثلا الكوليرا أو الجدري فيما سبق من هذا القرن. وعموما فإن حكومة الهند في السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر، كانت ذات نزعة تدخلية أكثر مما كانت عليه من قبل، كما كانت نوعا ما أقل ميلا لأن تأخذ في الحسبان الأساليب الهندية والمخاوف الهندية. ويكتب الشاب هاركوت بتلر إلى شقيقته في أبريل 1897 قائلا: «إن الحكومة قد أصبحت أشد تصلبا وأكثر تدخلا في السنوات الأخيرة». ولكن عندما يصل الأمر إلى آليات المعالجة الفعلية للطاعون وقتها، نجد أن حكومة الهند مع مشاغلها الكثيرة، ما زالت في أحوال كثيرة حكومة لا حول لها بشكل ملحوظ. ويتحدث ب. ب. جرايفوت سكرتير كبير أطباء بومباي إلى لجنة طاعون الهند، فيشير إلى الموقف في إدارته في أوائل أيام الطاعون قائلا: «عندما يكون عندك مجاعة وطاعون، وجبهة حرب كلها معا في نفس الوقت، لابد أن تعاني من اختلال في النظام».

وبناء على توصية من وزارة الهند، وصل إلى الهند وهي في هذا الموقف ممثل لوجه آخر من وجوه الإمبراطورية، هو الدكتور چيمس أ. لوسون من هيئة الخدمة الطبية للمستعمرات. وكان لوسون في هونج كونج وقت تفشي الطاعون فيها في 1894. وكانت السلطات في هونج كونج قد استخدمت الجيش بل وحتى سفن المدفعية لتفرض بالقوة إدخال المرضى في

المستشفيات، ولتفرض ما كان يسمى بأنه «عزل» للمخالطين. وكان لوسون يعتقد أن من المطلوب تطبيق تكتيكات مماثلة في الهند. وصرح لوسون بأنه «يجب أن نتذكر دائما أن الميكروب العصوي للطاعون لا يتأثر بالدبلوماسية». وكان لوسون نفسه تنقصه الدبلوماسية، الأمر الذي أثار بشكل متزايد حكام الهند أثناء شقه لطريقه فيها، وكتب لورد إلجين نائب الملك إلى وزير الهند قائلا: «لم أر قط أي شيء أكثر وقاحة (ولا يمكنني أن أستخدم أي كلمة أخرى لذلك)». إلا أن لورد ساندهيرست حاكم بومباي كان قد تأثر عميقا بالكثير مما قاله لوسون، وإن لم يكن بكل ما قاله. وسلمت مقاليد الأمور في مدينة بومباي إلى جنرال في الجيش. أما في پونا فقد عُهد بالمسؤولية عن شؤون الطاعون إلى والتر راند الموظف في هيئة موظفي الهند المدنيين، وكان راند يستمع بإمعان شديد لما يقوله طبيب آخر من أصحاب الخبرة من هونج كونج، وهو و. و. بيڤردج من الخدمات الطبية للجيش. وتبع ذلك القيام بأعمال حفر عنيف للأرضيات الترابية (حيث كان بيڤردج يعتقد أنها مثوى عصوي الطاعون)، وكذلك إجراء عمليات تطهير شاملة، وفوق كل شيء عمليات متكررة من البحث من بيت لآخر يقوم بها الجنود البريطانيون بحثا عن ضحايا الطاعون. وتم وقتها تسجيل أن وفد الأطباء الألمان الذين أرسلوا للهند لاستقصاء أمر الوباء قد «سروا سرورا عظيما» بما رصدوه في پونا.

ثم اغتيل والتر راند حوالي نهاية يونيو 1897. وهكذا بينت پونا بطريقتها الخاصة، أنها على عكس هونج كونج، لم تكن من الأجزاء المسالمة في الإمبراطورية أو الساذجة سياسيا. وكان توقيت جريمة قتل راند كما حدثت هو تقريبا نفس توقيت الهزيمة العسكرية في جبهة الشمال الغربي، ونفس توقيت وقوع أول حوادث الشغب المعادية للأوروبيين في تاريخ كلكتا بالقرن التاسع عشر، وقد أدى هذا مؤقتا إلى أن يتساءل بعض الإنجليز في الهند عما إذا كانت أحداث 1857 على وشك أن تتكرر. والحقيقة أنه كان يكمن في الخلف من «توهم البقاء الدائم» قدر له اعتباره من الإحساس بعدم الأمان، عدم أمان يمكن إيجازه في عبارة هي «ترقب التمرد». وانعكس إحساس طبقة الموظفين في الهند بعدم الأمان في حقيقة أنه عندما أعيد النظر في الأحداث التي أدت إلى أن يتبعها حتما وقوع جريمة قتل راند،

أصبح من الشائع في الدوائر الرسمية وشبه الرسمية إلقاء اللوم على بيڤردج ولوسون «أطباء هونج كونج» وليس على راند، وذلك فيما يتعلق بأي من الإجراءات التي كان فيها «تجاوزات» والتي ربما تكون قد حدثت في پونا. وبهذه الطريقة أمكن لهيئة موظفي الهند المدنيين التي ينتمي إليها راند أن تحافظ على سلامة سمعتها، كما أمكن لهيئة الخدمات الطبية الهندية أن تأخذ بثأرها من منافسيها، أي من الخدمات الطبية للجيش والخدمات الطبية للمستعمرات.

ومع ذلك، فإن و. ل. ريد كبير أطباء الخدمات الطبية للجيش، وهو طبيب آخر من هونج كونج، تولى مسؤولية عمليات الطاعون في پونا من أواخر 1897 حتى فبراير 1900. وقد ذكر عنه أنه كان يحصل على أجور وعلاوات أكثر من كبير أطباء بومباي نفسه. ولم يكن ريد بالذي يتعالى عن أن يداوم على تمجيد نفسه كما في مراسلاته مع آرثر جودلي، الوكيل الدائم لوزارة الهند. ويكتب ريد قائلا، «إنني أعتبر أن عمليات الطاعون عندما تنفذ بالطريقة الملائمة، ستطرح بعضا من أفضل الفرص لتوطيد حكمنا في الهند»، وكذلك أيضا «من أجل إظهار تفوق علمنا الغربي وكماله».

على أن الحقيقة كانت أنه على الرغم من «العلم الغربي وكماله»، قد استمر الطاعون على العودة والانتشار. وهذه الحقيقة كانت فوق كل شيء السبب الذي أدى إلى إضفاء الأهمية على أنشطة رجل كان قد وصل إلى أن يُنظر إليه على أنه يتحدى تحديا خطيرا ما لهيئة (خ ط هـ) من أولوية طبية في مقاطعة بومباي وما وراءها. كان هذا الشخص هو ولديمار هافكين الذي أوردنا ذكره من قبل.

كان هافكين روسيا يهوديا بالمولد. وعاش حياته كطالب وهو منغمس في المؤامرات الأمر الذي أعقبه أنه نفى نفسه إلى باريس. وهناك صاحب بين آخرين پاستير(*7) وهو مسن. وفي 1892 طور هافكين تكتيكا للتطعيم ضد الكوليرا. وسُمح له بأن يختبر تطعيمه في الهند، ولكن أصوله الروسية كانت السبب جزئيا في أن تكون نشاطاته قرب جبهة القتال في الشمال الغربي مدعاة لبعض الشك، في وقت كانت بريطانيا تتخوف فيه من روسيا تخوفا له قدره. وما أن سمع هافكين بنشوب الطاعون في بومباي حتى عرض خدماته على حكومة الهند. وابتلعت السلطات شكوكها بشأن الجبهة

السياسية، وضمته إلى خدمتها وأرسلته إلى المدينة المصابة بالوباء. ولا ريب في أنه كان أكثر البكتريولوچيين خبرة في البلاد ـ والحقيقة أنه كان واحدا من الأفراد القلائل جدا فيها ممن نالوا تدريبا على البكتريولوچيا ـ ولكنه جلب معه إلى بومباي سمعته التي كانت من قبل مثارا لبعض الجدل.

بحلول ديسمبر 1896 توصل هافكين وهو يعمل في معمل مجهز تجهيزا سيئا من أن يطور ما أسماه بأنه الفاكسين الواقي من الطاعون. وكان في وقت مبكر من العام الجديد قد طعّم نفسه سرا بفاكسينه الجديد. ثم قام باختباره في سجن محلي على بعض المساجين ـ المتطوعين. وكان أن نجوا أحياء من الوباء على نحو أفضل كثيرا ممن اختاروا ألا يتطعموا. وعلى كل فلعل الأمر كان يمكن أن يستقر هكذا على الأقل لبعض الوقت ـ لولا حقيقة أن الطاعون عاد إلى بومباي وما وراء ساحلها في 1897 ـ 1898. وفي هذه الظروف ظهر هناك أولئك الناس الذين أخذوا، ببعض تشجيع من هافكين، يتحدثون عن التطعيم على نطاق واسع كبديل للإجراءات الأكثر عنفا التي كانت شائعة وقتها، وكان هؤلاء الناس يتضمنون بعضا من أطباء بومباي ممن يمارسون الطب المغاير ولديهم أيضا وعي سياسي.

على أن ج. بينبردج كبير الأطباء في هيئة (خ ط هـ) في بومباي لم يكن بالذي يقبل أن تكون له أي علاقة بالتطعيم. وقد كتب ليقول إن «كفاءة» الطعم الواقي أمر «لم يثبت بعد». وأكد أن الحساء الذي يتم زرع فاكسين الطاعون فيه كان مصدره من لحم البقر أو الخنازير(*8). ولنلاحظ مرة أخرى كيف أنه لم يكن قد تم بعد نسيان سنة 1857 وما حدث فيها من تشحيم للبنادق(*9). وبينبردچ لم يكن يردد ما يشغله من هواجس لطبقة الموظفين وحدها، فقد أعلنها أيضا للغرفة التجارية المحلية (التي يسودها الأوروبيون). وعندما سمع نائب الملك عن هذه الواقعة الأخيرة فإنه عقب على ذلك قائلا: «إنه حتى النقمة الإلهية لتبدو أقل حدة من غيرة الأطباء».

وبمعنى ما فإن هافكين قد أساء «لمؤسسة» (خ ط هـ) في بومباي بمجرد وجوده هناك. فقد كان لديه علم البكتريا الذي لم يكن لديهم. وكانوا هم أطباء أما هو فليس بطبيب. وكان لدى پاستير مشاكل مشابهة لهذا. على أن الأمر كان فيه ما هو أكثر. ذلك أن هناك قطاعا من المجتمع الهندي أخذ يتبنى أفكار هافكين، وهو قطاع «ممارسي الطب المحليين»، الذي كان

الكثيرون في هيئة (خ ط هـ) يحسون أنه قطاع فيه شيء من التهديد المهني والسياسي. وبمعنى ما فإن هافكين كان مصدر إساءة أيضا من حيث كونه أجنبيا منعزلا بعض الشيء، ويعمل بجد، كما أنه بالإضافة إلى ذلك روسي يهودي. كان ويليام سيمبسون المشرف الصحي بمدينة كلكتا واحدا ممن صادقوا هافكين قبل ذهابه لبومباي. وكان يعد «دخيلا» آخر من النوع غير المطلوب. ولم يكن سيمبسون أحد أفراد (خ ط هـ) وإنما كان موظفا لدى مجلس بلدية كلكتا الذي كان ـ سياسيا ـ مجلسا متقلبا. وعلى أي حال فإن المجلس لم يكن بأي معنى رسمي مسؤولا أمام السلطات الحكومية.

وزعم سيمبسون في وقت مبكر هو أكتوبر من 1896، أنه قد اكتشف عددا من حالات الطاعون في كلكتا. وكانت استجابة حكومة البنجال مثيرة للإعجاب. فسرعان ما شكلت «لجنة طبية» ذات وزن ثقيل فيها أفراد من هيئة (م هـ م) وهيئة (خ ط هـ). وأعلنت هذه اللجنة أن حالات الطاعون المزعومة لم تكن حالات طاعون على الإطلاق، وإنما هي نوع من الأمراض التناسلية. وأطلق رجال الأعمال في كلكتا تنهيدة ارتياح هائلة، وخاصة الجزء الذي يختص منهم بتصدير الشاي والجوت. على أنه حدث في نفس الوقت عند قمة الفزع أن انشغل الكثيرون من الأوروبيين في كلكتا ـ وهم أساسا من غير الرسميين ـ انشغالا محموما بالحالة «غير الصحية» للبيئة في المدينة. واتخذت كنتيجة لذلك أول الخطوات التي أدت إلى اختصار شديد لسلطات مجلس بلدية كلكتا في لائحة بلدية كلكتا لعام 1899. فقد وفر الطاعون الفرصة المناسبة للهجوم على هيئة كانت لسنين عديدة، مما يعد إلى حد كبير بمنزلة هيئة يحتكرها السادة الهنود البنجاليون الذين يكثرون من الثرثرة، والذين يعدون فيما يفترض من المعوقين.

من المحتمل تماما أن سيمبسون كان على خطأ في تشخيصه في 1896. ولكن سيمبسون لم يكن غبيا، فقد واصل الطريق ليصنع لنفسه مستقبلا مهنيا متميزا في علم الأوبئة بعد أن أرغم في الواقع على ترك وظيفته في كلكتا. وقبل أن يغادر كلكتا ضاعف سيمبسون من خطئه في أعين طبقة الموظفين بأن أبدى علنا تمسكه بتشخيصه. وهكذا فإن هربرت ريزلي سكرتير الإدارة البلدية لحكومة البنجال أخذ يهتف قائلا: «إن عناد سيمبسون وغروره يتجاوزان كل سيطرة». وعندما تفشى الطاعون ـ طاعون لاشك فيه

ـ في كلكتا عام 1898 ألغت حكومة البنجال كل ما كان يوجد من سلطة للتحكم في شؤون الطاعون بين يدي نيلدكوك خليفة سيمبسون في عمله كمشرف صحي ـ وكان كوك على أي حال قد أذنب بأن طرح أنه فيما يبدو، فإن كل ما جرى من تطهير في بومباي لم يفد بأي شيء. ومما له مغزاه أنه قد حدث في البنجال أيضا أن سلطة التحكم في الطاعون لم يعهد بها إلى أيدي (خ ط هـ)، وإنما عهد بها أساسا إلى ريزلي سكرتير الإدارة البلدية لحكومة البنجال. فالطاعون كان ينظر إليه على أنه أمر أهم من أن يترك في أيدي الأطباء. وبمعنى ما فإن هذا أصبح حتى أكثر صدقا عندما أخذ الطاعون ينتشر في المناطق الريفية من البنچاب، ويهدد مدن شمال الهند. وكان مما يخشى أنه لو ظهر الطاعون في مدن الشمال فإن المشاعر الشعبية ستجعل من المستحيل تنفيذ ما يسمى بأنه «عزل» المخالطين، حسب المدى الذي تقرره اللوائح التنظيمية لفبراير 1898. ومرة أخرى فإن ما كان في ذهن حكام الهند ـ وخاصة في حالة سير أنتوني ماكدونيل نائب الحاكم للأقاليم الشمالية الغربية ـ هو «أن الاعتبارات «السياسية» لها الأسبقية على الاعتبارات الطبية. دعنا مرة أخرى نلاحظ أن الإمبريالية كانت في حاجة إلى أن يحدث من الأهالي «تعاون مع الأعداء» على نحو خفي: فحكام الهند البريطانيون لم يكونوا يخطون عملياتهم فوق لوح أملس.

وبالإضافة إلى ذلك، كان هناك جانب أشد قسوة بالنسبة لتغير الموقف عند بعض حكام الهند فيما يتعلق بإدارة شؤون الطاعون. وثمة خطاب لمحرر في «المجلة المدنية والعسكرية» بلاهور يعبر عن الأمر على النحو التالي:

«لأي سبب على وجه الأرض ينبغي أن نواصل إنفاق ملايين الروبيات على مهمة لا شكر عليها... فلنترك الأهالي لرعاية ومشورة أطبائهم من «الحكماء» ليسعدوا بذلك قانعين، وعندما يقتل الطاعون نصف سكان الهند ثم يستنفد قواه، فلربما سيدرك (كذا) الأهالي مدى قوة المثل القائل (إن من يشاء الله دمارهم يحرمهم أولا من إدراكهم)».

وهذا الرأي، الذي تنامى سريعا والذي يعارض ـ لأسباب شتى ـ التنفيذ الصارم للقوانين التنظيمية للطاعون، كان مما أمكن لروبرت هارفي أن يلزم به نفسه، وكان هارفي وقد أصبح رئيسا لهيئة (خ ط هـ) في وقت مبكر

من 1898. ويكتب هارفي «مذكرة عن إدارة الطاعون» تاريخها 18 أبريل 1898، ولم تكن مذكرته هذه بالمبادرة المستقلة تماما: فمع ما كان موجودا في الحقيقة من وضع من المواجهة بين هيئة (خ ط هـ) وهيئة (م هـ م)، لا يمكن أن تكون مذكرته بمبادرة مستقلة منه. ومع ذلك فإن هذه المذكرة كانت ذات أهمية، ويكتب هارفي قائلا فيها «علينا أن نواجه الحقائق، وفيما يبدو فإن تاريخ موجات الوباء المختلفة التي تفشت قد دل، (ويدل) على أنه ما أن يوطد المرض أقدامه فإنه لا يمكن إخماده، و... محاولة القيام بذلك عن طريق التدخل الإجباري في عادات وتقاليد الناس أمر لا ينجح». على أن هارفي كان يتمسك ببعض الأمل: فهو يبين بصورة بالغة الحدة أن نازلة الطاعون في بومباي «هي مجرد أمر تافه بالمقارنة بالأمور الكثيرة الأخرى التي لنا اهتمام خاص بها». ولم يحل الهلاك إلا بما يزيد قليلا على ثلاثة في المائة من سكان بومباي. وإذا كنا الآن نعرف أنه قد مات بعدها على الأقل عشرة ملايين هندي آخر من الطاعون على مر العشرين سنة التالية، فإننا نعرف أيضا أنه فيما عدا حالات قليلة جدا فإن جائحة الطاعون الثالثة لم يحدث أن ثبت في الهند ولا في أي مكان آخر أنها قد نتج عنها ما يقارب المصائب الديموجرافية للجائحة الثانية، التي أصابت أوروبا في 1348. ففي تلك الجائحة الثانية كانت حالات الطاعون الرئوي هي - فيما يحتمل - الحالات الأكثر شيوعا إلى حد بالغ.

أدت مذكرة هارفي إلى قدر كبير من الجدل على مستوى عال، وأدت إلى أن عقد مؤتمر من مديري شؤون الطاعون في سيملا التي كانت تشتبك مع بومباي في نزاع شديد يكاد يكون محتما، وأخيرا فإنها أدت إلى قرار من حكومة الهند تقول فيه إن الحكومة «ليست... مستعدة لأن توافق على استنتاجات د. هارفي بشأن الإجراءات التي فرضت حتى الآن ضد الطاعون ومدى فاعليتها في إيقافه». وبكلمات أخرى فإن الحكومة الهندية لا تقر بأنها كانت على خطأ. على أنه تبع ذلك أن حدث «واقعيا» قدر كبير من التراخي في شدة تطبيق اللوائح التنظيمية للطاعون في شمال الهند. والحقيقة أنه حدثت أوجه من سوء الفهم بشأن الاختلاف ما بين اللوائح التنظيمية الرسمية وتفسيرها عند التطبيق، ويبدو أن هذا كان أحد العوامل وراء شغب خطير حدث في كاونبور في 1900. وظلت اللوائح التنظيمية

القاسية موجودة الآن ظاهريا، وذلك أساسا لإرضاء القوى الأوروبية «الأقل تنورا» كما كان يسميها أحد الرسميين. وحدث في نفس الوقت «تغير كامل مفاجئ» ومهم نوعا ما، فقد أعلن أنه من الممكن توظيف ممارسي الطب الهندي من «الحكماء» و «الكهنة»، للإشراف على «المستشفيات» العامة والخاصة والمخيمات. وفي السنوات التي تلت ذلك في البنچاب كان الأطباء الهنود من «الحكماء» و «الكهنة» ما زالوا في الحقيقة يحسون بأن السياسة الرسمية كانت تحتشد ضدهم، وهكذا ظلوا أحيانا يعملون ضد سياسة العمل الرسمية بشأن الطاعون. ومع ذلك فقد تم هكذا اتخاذ خطوة لبداية تجربة جديدة للإقرار بالطب المحلي، وإن كانت قد اتخذت فحسب بسبب الحاجة الضرورية أو حتى بسبب اليأس، وليس بسبب الاقتناع.

كان هناك نتيجة إضافية - ورئيسية - لمذكرة هارفي. فقد ذهب ج. ب. هيويت وزير الداخلية بحكومة الهند لرؤية نائب الملك وأقنعه على أن يوافق، بعد بعض التردد في مبدأ الأمر، على أن يطلب من حكومة الوطن تعيين لجنة تحقق بشكل خاص في الجوانب «العلمية» للطاعون، وخاصة بشأن «تأثير طعم م. هافكين الواقي» ووافقت وزارة الهند - على ما يجب أن نلاحظ أنه كان أساسا مبادرة من هيئة (م هـ م).

توفر لنا الأوراق المتصلة باختيار أعضاء اللجنة الهندية للطاعون ضوءا يكشف جانبا مهما من مشاغل وزارة الهند فيما يتعلق بالطاعون. فقد تمت استشارة اللورد ليستر(*15) المسن الذي كثيرا ما كان يستشار في هذه الأمور. وأوصى بأن يكون من ضمن أعضاء اللجنة، بين آخرين، اثنان من «المكروهين بشدة» من الكثيرين في الهند وهما: هافكين (الذي يفضل أن يكون رئيسا للجنة، والبروفيسور ويليام سيمبسون الذي كان سابقا في كلكتا. وفي التو رد جودلي بوزارة الهند على ذلك بأنه لأسباب «سياسية»، فإن أعضاء اللجنة يجب أن يكونوا أناسا لا خبرة لهم بالوباء الحالي - إلا أنه بعدها عمل على أن يعين كأعضاء في اللجنة اثنين من هيئة موظفي الهند المدنيين كانا على صلة وثيقة بإدارة الطاعون. وأحدهما لم يكن سوى ج. ب. هيويت، وكان من الواضح أنه رجل يشق طريقه صاعدا. وبالإضافة إلى ذلك فإن سكرتير لجنة الطاعون كان موظفا مدنيا. أما هيئة (خ ط هـ) فقد أثار اشمئزازها أنها لم تنل أي تمثيل لها في اللجنة. وبدلا من ذلك ذهبت أماكن

العضوية إلى زميل لكلية الجراحين الملكية من أدنبرة، وإلى موظف كبير من الإدارة الطبية شبه الاستعمارية في مصر (وكان معروفا أنه يعارض طعم هافكين للطاعون)، وكذلك إلى البروفيسور آلمورث رايت من مؤسسة نيتلي التي تتولى تدريب من يدخلون لهيئة (خ ط هـ) وللقوات الطبية للأسطول الملكي. كان رايت يعد نسبيا من الشباب، وكان أمامه مستقبل مهني متميز كعالم بكتريولوچيا. وكان قد أخذ بالفعل يجمع من حوله مجموعة صغيرة من الحواريين من بين متدربي هيئة (خ ط هـ) في المجال البكتريولوچي.

ولكن على الرغم من وجود رايت فإن لجنة الطاعون لم تنجز إلا القليل في مجال العلم. ولم يزد تقريرها على أن يكون تقريرا يتصف بالفتور بالنسبة لفاكسين هافكين، وإن كانت اللجنة قد أبدت تأييدا أقل لمادة السيرم الوقائية المنافسة التي قدمها الفرنسي يرسين. على أن اللجنة كانت أكثر تشككا فيما يتعلق بمنتج آخر للعلم الفرنسي، وهو نظرية دور الجرذ والبرغوث في تسبيب الطاعون. وكانت هذه النظرية قد طرحت بواسطة پول - لويس سيموند (وذلك في ورقة بحث تعد الآن من أوراق البحث الكلاسيكية)، وكان ذلك سابقا بحوالي شهر واحد فقط لبدء اللجنة لمداولاتها. واللجنة على الأقل قد لاحظت ظهور ورقة البحث هذه، واستشارت ج. هـ. ن. نوتال عالم الطفيليات المبرز، والنبيل تشارلز روتشايلد، وهو أول فرد من أسرة ذات نشاطات متعددة كان له اهتمام بالبراغيث - وإن لم يكن آخر فرد منها يفعل ذلك. وكان سيموند يعتمد على الاستقراء أكثر مما يعتمد على التجربة: وكان هذا سببا لأكبر اعتراض من اللجنة على نظريته. وكان هذا الاعتراض صادقا بالدرجة الكافية، وإن كان هناك بعض دليل على أن سيموند كان يحس منذ 1897 – وقت أن تُرك ليعمل وحده في خيمتين في بومباي - بأن الهند البريطانية كانت تعاديه هو وبلاده. أما ما فشلت اللجنة في أن تنظر نظرة اعتبار لأمره فهو حقيقة أن «الفتوحات» العلمية الحقيقية كثيرا ما يتم صنعها كنتيجة لومضات من الحدس - وثبات تتجاوز «النماذج الأساسية» لـ «كون»[*11] - وذلك أولى من أن تكون نتيجة لتجربة طويلة.

ومجمل القول أن هارڤي كان مصيبا عندما أكد أن تقرير لجنة الطاعون، يقر أساسا بسياسة العمل تجاه الطاعون التي تم اتباعها منذ أن تولى هو

مسؤولية هيئة (خ ط هـ). إلا أنه كان عليه فيما يحتمل أن يشكر في هذا الشأن أفراد هيئة (هـ م هـ) باللجنة ـ وعلى أي حال فإن سياسة عمل عام 1898 وما تلاه من الأعوام كانت أساسا سياسة عمل هيئة (هـ م هـ). وهكذا فإن تقرير لجنة الطاعون لم يكن، إلى حد ما على الأقل، إلا عملا آخر من أعمال ممارسة العلاقات العامة. ومما له مغزاه أنه وإن كان من المعتقد، وما زال من المعتقد، أن رايت هو الذي كتب على الأقل بعض أجزاء من التقرير، إلا أنه سرعان ما تحرك بطريقته الخاصة التي يحتمل أنها تتسم بشيء من المراوغة، ليتجاوز إلى مدى بعيد استنتاجات التقرير من خلال أبحاثه هو نفسه، وكذلك أيضا من خلال أبحاث كان يشجع آخرين عليها.

ومع كل ما كان يبدو من سيطرة هيئة (هـ م هـ) الظاهرة على لجنة الطاعون، إلا أن هذه اللجنة قدمت بالفعل طلبا لزيادة التأكيد على جانب أنشطة «صحة البيئة» التي تقوم بها هيئة (خ ط هـ)، وأن يتم من خلال ذلك التأكيد تنمية المزيد من البحث على أمراض المناطق الحارة في الهند، وذلك في معهد مركزي للأبحاث وأيضا في الأقاليم. وكانت هذه خطوة فيها إمكاناتها المهمة: فمن الواضح أن العلماء هكذا سيعطى لهم دور أكبر. وعلى الرغم من أن التقرير لم يذكر ذلك مباشرة، إلا أنه في هذه المرحلة كان ثمة أفراد معدودون يعملون تحت رعاية رايت، ولديهم الاستعداد والرغبة للاستجابة للتحدي الذي طُرح هكذا.

وفي نفس الوقت فيما بين 1901 ـ 1902 كانت المناطق الريفية من البنچاب تعاني بشدة من الطاعون. ولم تؤد هذه الحقيقة إلى أن ينتبه كل فرد انتباها كبيرا للخطر. وكانت هناك صحيفة اسمها «البيونير» (الرائد) يقرؤها الكثيرون من أفراد طبقة الموظفين في شمال الهند، وكتب أحد مراسليها في مارس 1902: «يبدو أننا نحن الأوروبيين نتسم بعدم المبالاة، وذلك لأن الإحصائيات تبين أن أعداد الأوروبيين الذين ماتوا من الطاعون أقل ممن يموتون سنويا من الكوليرا، وبالتالي فإننا نستطيع المخاطرة باحتمال الطاعون مثلما نخاطر باحتمال الكوليرا». وهكذا فإن الإحساس الأساسي بعدم الأمان عند الأوروبيين في الهند الذي جعله الطاعون يظهر علنا، قد أخذ الآن يتنكر ثانية خلف جو من السخرية والتبجح.

إلا أن سير تشارلز ريڤاز نائب الحاكم للبنچاب كان مثل معظم الرسميين

في الهند، يبحث عن تحقيق «نجاح» يمكن أن يرتبط باسمه ارتباطا دائما. ويبدو أن هذا كان أحد الأسباب في أنه على الرغم من التردد الذي أبدته لجنة الطاعون منذ زمن لا يزيد إلا قليلا على العام الواحد، إلا أن ريڤاز قرر القيام بحملة تطعيم جماعية في إقليمه. وأعطته حكومة الهند المال اللازم، وطلب بالفعل من هافكين أن يحول معمله إلى مصنع، حيث يتم إنتاج طعمه الواقي على نطاق كبير. ووافق هافكين. وكان في ذلك مخالفا لما عرف عنه من حكمة في الرأي. على أن هافكين أيا ما كانت مزاياه الأخرى كان لديه نزعة قوية للخيلاء، وهو أيضا له رغبته في «النجاح».

ومجمل القول أنه قد تم تطعيم ما يقرب من نصف مليون قروي من البنچاب بفاكسين هافكين في موسم 1902 ـ 1903. وكان هذا في حد ذاته إنجازا بيروقراطيا وطبيا له قدره، خاصة في السياق الهندي. إلا أنه كان إنجازا هشا بعض الشيء. وأحد أسباب ذلك أن «من الأسرار المفضوحة أن إجراءات التطعيم في البنچاب كانت أبعد من أن تكون إجراءات تطوعية بالكامل». وكانت هناك شائعات بأن «أطباء الطاعون» إنما هم في الحقيقة «يسممون» الناس. ثم حدث في 30 أكتوبر 1902 في قرية تدعى مالكوال أن أصيب بالتيتانوس(*12) تسعة وعشرون ممن طعموا، ثم ماتوا. ومن الحقيقي أن خطة ريڤاز لم تنته بعدها في التو نهاية مخزية، فقد استمر إجراء بعض التطعيم لفترة من الزمن. ولكن لا ريب في أن حادثة التيتانوس هذه كانت محرجة إلى حد كبير، ليس فحسب بالنسبة لحكومة البنچاب بل وأيضا بالنسبة لحكومة الهند. وفيما يبدو، فإن من المحتمل جدا أن شحنة من الطعم الواقي قد أصابها التلوث عندما أسقط أحد المساعدين الهنود على الأرض ملقطا مما يستخدم لفتح الزجاجات. إلا أن الطبيب القائم بالمهمة، ويدعى د. إيليوت، كان ينبغي أن يتحمل أيضا بعضا من المسؤولية. وكان هذا الطبيب واحدا من مجموعة من سبعة وثلاثين طبيبا بريطانيا جندوا مؤقتا في حملة التطعيم، ولم يكن من أفراد (خ ط هـ). وكان هناك طبيب آخر من هؤلاء الأطباء جد ميئوس منه بحيث لزم أن يعاد إلى الوطن بمجرد أن وضع قدميه في البنچاب، وسرعان ما تبعه ثلاثة آخرون. أما بالنسبة للدكتور إيليوت فقد وصل الأمر بأحد زملائه إلى أن يقول معقبا عنه: «إنه كان دائما على وعي بأن أقوى ميزة لديه هي حب المغامرة الرومانسية».

استغرق ظهور القصة الكاملة لأحداث مالكوال بعض الوقت. وحتى هافكين نفسه كان يظن أول الأمر أن هذا الحادث المؤسف يحتمل أن يكون نتيجة تلوث بمعمله في بومباي. وكان هذا على الأقل أحد الاحتمالات، ذلك أن حكومة بومباي كانت جد متباطئة في تزويده بما يطلبه من الجنود في محاولته للإيفاء بمطالب حكومة البنچاب. والحقيقة أن الطعم الواقي كان يتم صنعه بواسطة أفراد وصفوا وقتها، بأنهم «صبية نصف متعلمين وعمال غير مهرة تم تشغيلهم حديثا»، ولم يكن وصفهم هكذا بالوصف غير الدقيق.

حاولت حكومة الهند إلصاق المسؤولية كلها بهافكين بالنسبة لفشل التطعيم فشلا تاما. وقالوا إنه قد غير في عملية الإنتاج دون أن يخبر حكومة البنچاب، وتظهر وثائق المحفوظات القومية للهند ما كان يوجد من تصميم مذهب تماما لسحق هافكين من جانب الكثيرين، ابتداء من كيرزون نائب الملك ونزولا لمن هم دونه. أما المدير العام لهيئة (خ ط هـ) وقتها - وكان يحمل اسما لامعا هو بنيامين فرانكلين - فكان بوجه عام طرفا مؤيدا للحملة ضد هافكين. إلا أن زعامة الحملة كان يتولاها معظم الوقت هربرت ريزلي، ذلك الإداري الذي لا يرحم - والذي كان چون مورلي يرى أنه «صاحب نزعة شيطانية نوعا ما» - وكان ريزلي وقتها قد نقل من البنجال إلى سكرتارية وزارة داخلية حكومة الهند. ويكتب ريزلي أن هافكين رجل «بارع براعة فائقة، ولديه وسائطه الخاصة به، وهو فيما أعتقد على وشك أن يتزوج من يهودية ثرية في بومباي - ولسوف يناضل عنيفا من أجل سمعته». والحقيقة أن هافكين لم يتزوج قط، ولكنه ناضل بالفعل وكان نضاله عنيفا.

أحضرت حكومة الهند السير لورانس چنكنز الذي كان يكتسب شهرة بأنه «أحسن القضاة في الهند»، وأقنعته الحكومة بأن يغير تغييرا تكنيكيا في تقرير لجنته الأصلي عن الحادث، وهو تقرير لم يكن يُظهر الإداريين دائما في أحسن صورة. وأول كل شيء، فإنه كنتيجة لتقرير لجنة چنكنز وجد هافكين نفسه أساسا «في إجازة»، من منصبه كمدير لمعمل بومباي البكتريولوچي لما يزيد على ثلاثة أعوام. ولم يدفع له أجره أثناء جزء من هذه الفترة. على أن هافكين أنفق هذا الوقت في حشد التأييد له في إنجلترا وفي أوروبا. وكان من بين من اقتنعوا بأن يحضروا لمعاونته رونالد روس - الذي كان كما نتذكر قد عومل معاملة سيئة أيام عمله في (خ ط هـ)

ـ ووليام سيمبسون الذي عمل سابقا في كلكتا ـ وتم في النهاية نشر خطاب طويل في «التيمس» رتبت حججه بعناية، ووقعه روس وسيمبسون مع آخرين. وكانت النتيجة أن أعادت حكومة الهند تعيين هافكين ـ وإن لم تكن هذه بالنتيجة المباشرة حتى في ذلك الوقت. على أن الحكومة لم ترد له وظيفته القديمة في بومباي. كما أنها لم تعطه وظيفة مدير معهد البحث المركزي الذي اقترحته لجنة الطاعون والتي وعد بها قبل مسألة مالكوال، وإن كانت الحكومة قد أعطته المرتب الذي وعد به في السابق. أنفق هافكين معظم ما تبقى له من الوقت في الهند حتى اعتزل في 1915، وهو يعمل مكتئبا في معمل صغير في كلكتا، وقد زاد انطواؤه داخل نفسه وداخل يهوديته. ولم يسهم بعدها إلا قليلا في الكفاح ضد الطاعون.

ووقتها، كان المزاج الذي يسود الكثيرين من الموظفين المدنيين بالنسبة للطاعون، يمكن إيجازه فيما يحتمل بما ذكره هاركوت بتلر الذي كان يشق طريقه بسرعة في دوائر حكم الأقاليم المتحدة، إذ يقول: «إن خبراءنا يضللوننا دائما ولن نسلم بأنفسنا إلا بعد أن نتخلص منهم» ـ وفي مثل هذه الظروف، لم يكن هناك أمل كبير بالنسبة لهيئة (خ ط هـ). وكان بتلر يميل إلى إقرار «سياسة عمل» بالنسبة للطاعون قد خططها عدد من موظفي الأقاليم في ولايته: هي سياسة «عمل لا شيء».

في 1907 ألقى اللورد منتو نائب الملك وقتها خطاب ميزانيته لذلك العام عندما كان الطاعون في ذروته في البنچاب، وتساءل في خطابه عن السبب في أنه لا يُذكر سوى الشيء القليل جدا عن «الحصاد السنوي للطاعون» وأحس سكرتيره الخاص ج. ر. دنلوب سميث أنه مضطر إلى تفسير هذا «التبلد» وكتب إلى منتو قائلا:

«إن تاريخ الجهود التي بذلتها الحكومة لمكافحة الطاعون لهو تاريخ كئيب. لقد استمرت هذه الجهود طيلة ما يزيد على عشر سنين ولم تكن لها عمليا أي نتائج... ولم يتم اكتشاف أي علاج للطاعون، أما بالنسبة للتطعيم، وسيلة الوقاية الوحيدة الموجودة التي قد تكون لها فائدة، فقد فُند تماما وجود أي فائدة له. وإجلاء السكان (من مسرح تفشي الطاعون) ليس فيه علاج ولا وقاية، على أنه قد ثبت أنه أكثر الإجراءات فعالية في تهدئة الأمر، ولكنه فعال فحسب طيلة استمراره. وقد تم مؤخرا اللجوء إلى قتل

الجرذان بقدر ما تسمح به موارد الحكومة وأهواء الناس، على أنه لم يحن الأوان بعد لأن نقول ما إذا كانت هذه الخطة بخاصة من عمليات المكافحة ستلقى أي نجاح أكثر من غيرها... وحتى الآن فإننا بما هو معتاد منا من النشاط والثقة بالذات، نحاول بذل كل الجهد من أجل أفراد الشعب، وإن لم ننجح إلا في إثارة تحاملهم واستفزاز حساسياتهم الدينية والاجتماعية».

كان هذا من نواح كثيرة تلخيصا بليغا لسياسة العمل الرسمية تجاه الطاعون طوال العقد السابق. وما أن اتضح أن الوباء لن يكون بنفس درجة وباء 1348، وما أن هدأت إلى حد كبير مخاوف أوروبا، حتى حدث كما يقول دنلوپ سميث هبوط شديد في حرارة موقف الكثيرين من رجال الهند الرسميين، حتى أصبح هذا الموقف يقترب من أن يكون شيئا قريبا من «التبلد». وهذه كلمة، مثلها مثل «التسليم بالقضاء والقدر»، قد استخدمت لزمن طويل لتعبر بطريقة ليست عادلة تماما، عن موقف الكثيرين من الهنود تجاه الطاعون، كما سبق استخدامها بالتأكيد لتعبر عن موقفهم عند تفشي الأوبئة الأولى. ومما يمكن نقاشه أن البريطانيين مع كل «ما هو معتاد منهم من النشاط والثقة بالذات» (باستخدام كلمات دنلوپ سميث)، كانوا الآن قد وصلوا إلى موقف لا يختلف إلا قليلا عن موقف الكثيرين من رعاياهم.

على أن دنلوپ سميث قد ذكر بالفعل تطورا واحدا جديدا هو: «قتل الجرذان». فكانت تقدم وقتذاك جوائز حسب عدد ذيول الجرذان التي يؤتى بها إلى المستوصفات وما أشبهها. ولم تلق سياسة العمل هذه نجاحا كبيرا في السنوات التالية: وأحد أسباب ذلك أن طائفة الهندوس كان لا يمكنها الإسهام في هذا النشاط. على أن الأمر يحتاج إلى أن نتساءل عن السبب في أنه في 1907، ظهر هذا الاهتمام الجديد بالجرذان وعلاقتها بالطاعون. والسبب هو أن نظرية سيموند عن الجرذ والبرغوث كانت قد أخذت أخيرا تجد شيئا من القبول في الهند.

كان يُنظر في العالم عموما وفي قارة أستراليا على وجه الخصوص، إلى البحث الذي قام به آشبيرتون تومبسون وفرانك تيدزويل في سيدني، وإلى البحث الذي قام به ج. اس. س. إلكنجتون العالم النابه وإن كان غريب الأطوار، كان يُنظر إلى هذه الأبحاث على أنها قد زودت بالكثير من الإثباتات

التي كان يتطلبها بحث سيموند. وهذا رأي صحيح في جوهره؛ وكانت هذه الدراسات الأسترالية عن الطاعون بمنزلة علامة تدل على دخول جزء آخر من الإمبراطورية البريطانية، إلى مجال طب المناطق الحارة وهو أمر - وإن كان غير متوقع نوعا ما - سرعان ما أصبح جد مثمر. وكانت سيدني التي عانت من أوبئة طاعون صغيرة في 1900 و 1902، تنعم على نحو أكثر مما في معظم المدن الهندية، بأن فيها بيروقراطية مستقرة وقاعدة سكانية للتحليل الإحصائي تتسم برسوخها.

على أنه ينبغي أن نوضح أن آشبيرتون تومبسون لم يكن على غير معرفة بالبحث الذي يجرى في الهند. وقد زار إلكنجتون نفسه بومباي في وقت حاسم في 1903. والحقيقة أنه يبدو أن إلكنجتون هو الذي أعلن للعالم العلمي خارج الهند نبأ الاكتشافات المبكرة لجلين ليستون، العضو الإسكتلندي الشاب في (خ ط هـ)، ولعل إعلانه هكذا كان فيه بعض ظلم قليل.

كان ليستون هو الذي بذل أقصى الجهد في الهند ليضفي الاحترام على نظرية الجرذ - البرغوث. وكان واحدا ممن يحظون برعاية رايت وممن ساعدوا لجنة الطاعون في تحقيقاتها. وشجع رايت ليستون على أن يثابر على بحثه في نظرية الجرذ والبرغوث، على الرغم مما نشرته اللجنة من استنتاجاتها، وعلى الرغم من معارضة هافكين لها معارضة لها اعتبارها، وكان ليستون يعمل وقتها في معمل هافكين. وكان هافكين يستشهد برأي لجنة الطاعون عن سيموند ليعارض به ليستون. وعلى أي حال فإن هافكين قال إنه «هو» الرئيس العلمي لمعمله، وأن من يعملون تحت رئاسته ينبغي أن ينشغلوا بأبحاثه «هو». وأعطى هافكين أوامره في مارس 1903 بتفكيك أجهزة ليستون. وكان هذا الموقف يرجع في جزء منه إلى التوتر الذي أحدثته مسألة مالكوال في هافكين، ويرجع في جزء آخر إلى معامل القارة الأوروبية التي عمل فيها هافكين. ولم يكن الأمر يرجع إلى أي نوع من ممارسة استثنائية في الهند ولا حتى إلى أي ممارسة استثنائية بريطانية. ومع ذلك فإن الواحد من سكان النصف الآخر من الأرض(*13)، ربما يطرح أن هذا الموقف لا يمكن أن يكون مما يتوقع أن يحدث كثيرا في زمن انعطاف هذا القرن في اللجنة الصحية الصغيرة بولاية نيوساوث ويلز.

وكما يتفق، فقد حدث أن اتخذ معهد ليستر للطب الوقائي في لندن

مديرا جديدا في 1903، هو تشارلز مارتن، مستدعيا إياه من إقامته مؤقتا في نيوساوث ويلز. وفي سبتمبر 1904 اتصلت وزارة الهند بمعهد ليستر طلبا للنصح بشأن التحكم في الطاعون. واقترح المعهد أنه يمكن التوصل إلى التحكم في المرض بسهولة أكبر لو عُرف المزيد عن أسبابه. وهكذا ظهرت إلى الوجود اللجنة الاستشارية لأبحاث الطاعون في الهند. وسافر مارتن إلى الهند، وفي خلال بضعة شهور جند هناك ليستون، وسرعان ما ضم بعدها چورچ لامب وهو موظف آخر من (خ ط هـ)، كان قد تلقى تدريبا بكتريولوچيا، وذلك حتى يقوما بإجراء بحث تفصيلي في الهند. واختير ليستون على وجه الخصوص لهذه المهمة بواسطة چورچ بومفورد المدير العام المعين حديثا لهيئة (خ ط هـ). وكتب بومفورد «أن النقيب ليستون لديه آراء عن مسببات الطاعون ولم تتح له قط أي فرصة ليتحقق منها تحققا كاملا. ويبدو لي أن نظرية البرغوث نظرية جد واعدة. وبالتالي، فإني سأوافق على انتداب النقيب ليستون».

وبناء عليه، أمكن لليستون على مر السنوات القليلة التالية أن يطور البحث الذي بدأه وهو تحت عيني هافكين الغيورتين. وقد أمكنه بالذات أن يواصل بحثه على الطريقة الغريبة التي يحافظ بها برغوث الجرذ، على بكتريا عصوي الطاعون طيلة بضعة أيام داخل أحشائه، متيحا لها أن تتكاثر ليحقنها فيمن يمتص دماءهم. واكتمل بحث ليستون على آليات نقل الطاعون في إنجلترا، بواسطة مارتن وآرثر باكوت. على أنه لا ريب أن ليستون هو الذي حدد الطريق بإشارة منه. وبحلول عام 1910 أصبح ليستون مسؤولا عن استمرار الأبحاث في الهند حول جوانب كثيرة من الطاعون، وهي أبحاث كانت تجرى لحساب اللجنة الاستشارية للطاعون.

وبحلول 1910 أيضا تم نشر أبحاث ليستون وزملائه، وهي أبحاث قد مُولت تمويلا جيدا ونشرت في «ملاحق خاصة عن الطاعون»، في مجلة «چورنال أوف هايچين» (مجلة الصحة). هذا وقد أخرجت مطبعة جامعة كمبردچ هذه الملاحق في طبعة سخية. وما زالت هذه الدراسات مما يستشهد به كثيرا في الأدبيات العلمية. ولا ريب في أنه بقدر ما يتعلق الأمر بالطاعون، فإن البحث الطبي في الهند قد بدأ منذ عام 1910، يتخذ مظهرا ينتمي بوضوح إلى القرن العشرين - وهو مظهر يختلف تماما عما كان يحدث من

تخبط، وما كان يحدث حقا من تشوش، منذ ما يقل عن خمسة عشر عاما. كذلك فإنه بحلول 1910 حدث في دوائر هيئة الخدمات الطبية الهندية، تقبل واسع النطاق لنظرية أن الطاعون يتسبب عن الجرذ والبرغوث. وفيما يتعلق بهذا الأمر، فإن هذه النظرية أصبحت مقبولة في ذلك الوقت أيضا على نطاق واسع في هيئة موظفي الهند المدنية. وقد يبدو لأول وهلة وكأنه قد حدث أخيرا أن ما هو «علمي» و «طبي» قد انتصر على ما هو «سياسي» و «إمبريالي». ولكن هل كان الأمر هكذا تماما؟

نحن لا نستطيع أن نهمل بالكامل ذلك الإمبريالي العظيم لورد كيرزون، نائب الملك ودوره في هذه الانطلاقة العلمية الصغيرة التي يبدو أنها قد حدثت في الهند في السنين الأولى من هذا القرن. ومن الحقيقي أن مبادرة هيئة موظفي الهند المدنيين بمداها الأطول تبدو هي الأكثر أهمية، وإن كان كيرزون فيما يحتمل مسؤولا إلى حد ما عن التغيير الذي حدث في عمليات الاختيار، التي جعلت من الممكن لچورج بومفورد أن يصل إلى رئاسة هيئة (م هـ م) في 1905، على الرغم من أنه بالتأكيد لم يكن أقدم الأشخاص المتاحين. وعلى أي حال سواء كانت هذه المبادرات هي أصلا من نائب الملك، أو أصلا من البيروقراطية، فإنها تظل أساسا مبادرات «سياسية».

على أنه قد أصبح مما يتضح لنا الآن أن الكثير مما حدث من المبادرات، لزيادة كمية البحث العلمي في الهند لم يكن آتيا من داخل البلاد. فهذه المبادرات لم تكن آتية من هيئة (خ ط هـ) ولا حتى من هيئة (م هـ م). وإنما بدلا من ذلك كان أصلها من مركز الإمبراطورية، أي لندن. «فاللجان الاستشارية» للجمعية الملكية كانت تلعب دورها، كما بين ذلك البروفيسور روي ماكلويد. وقد أسهمت في ذلك أيضا وزارة الهند - وهي على وجه التأكيد قد أسهمت في أبحاث الطاعون. على أن المرء يضطر إلى أن يستنتج أن المبادرة الرئيسية في خلق روح جماعية في المركز المتروبوليتاني، تحبذ البحث في طب المناطق الحارة لم تنبثق من وزارة الهند وإنما من وزارة المستعمرات.

من الشائع أن يُعزى الفضل لتنامي اهتمام وزارة المستعمرات بطلب المناطق الحارة إلى چوزيف تشمبرلين، وإن كان يبدو في الحقيقة أن دور الموظفين المدنيين كما في حالة لورد كيرزون في الهند، هو دور أعظم من

دور الرجل الذي على القمة. وعلى أي حال فإن من الواضح جد الوضوح أنه بمجيء 1904، كان هناك اتصال متكرر في لندن بين ممثلي الجمعية الملكية ومعهد ليستر ووزارة الهند ووزارة المستعمرات - حيث كانت وزارة المستعمرات عموما تقود الطريق. ويبدو أن اللجنة الاستشارية للطاعون قد نشأت كنتيجة لهذه الاتصالات، وخاصة الاتصالات المرتبطة كما يُعتقد، بصندوق أبحاث أمراض المناطق الحارة. ولا شك في أن هذه المبادرات من وزارة المستعمرات قد أتاحت لأعضاء هيئة الخدمات الطبية للمستعمرات - وهي هيئة الخدمات التي كان ينتمي إليها د. لوسون رجل هونج كونج السيئ الحظ - أتاحت لهم أن يرفعوا رؤوسهم عاليا بما له قدره في حضرة الخدمات الطبية الهندية. وهكذا كانت تجرى الأمور الإمبريالية بما يثير السخرية.

من الطبيعي أن أسباب انشغال وزارة الهند ووزارة المستعمرات بطب المناطق الحارة لم تكن أساسا بالأسباب الإيثارية، وإن كانت مثل هذه الدوافع ليست معدومة تماما. وهكذا فإن إسهامات الحكومة البريطانية في تمويل مدرستي طب المناطق الحارة اللتين تأسستا حديثا في لندن وليفربول، وخاصة من خلال صندوق أبحاث أمراض المناطق الحارة، هذه الإسهامات الحكومية كانت إلى حد كبير تعبيرا عن الرغبة في جعل المناطق الحارة آمنة بالنسبة للأوروبيين. «فالبقاء الدائم» يجب أن يُجعل ممكنا. وهكذا كانت تحدث معالجة وإعادة صياغة «لأدوات الإمبراطورية» وكان هذا في الغالب لفائدة السلطة الإمبريالية، أو هو هكذا على وجه التأكيد فيما يختص بوزارة المستعمرات.

هناك نقطة أخيرة يلزم إضافتها. فليس من الواضح مطلقا إن كان ما حدث من تطور له قدره في أبحاث الطاعون في الهند في العقدين الأول والثاني من هذا القرن، هو المسؤول بأي درجة كبيرة عن تسكين حدة الأمور بالنسبة لجموع الهنود العاديين - أي ضحايا الطاعون وأقاربهم. فعلى الرغم من الآمال الملحقة لمعهد ليستر في 1904، إلا أن معرفة أسباب الطاعون لم تؤد إلى انخفاض سريع في انتشار الطاعون في الهند. وإنما أخذ الطاعون يقل في الهند في العشرينيات والثلاثينيات من هذا القرن، ولعل هذا في جزء منه بسبب زيادة المعرفة بالطرائق التي يمكن للطاعون أن ينتقل بها مع

السلع التجارية. (وفيما يعرض فإن هذه المعرفة لو كانت متاحة في 1897، لأمكن أن تؤدي إلى أن يختلف ما دار من المداولات في مؤتمر فينيسيا لصحة البيئة اختلافا كبيرا). على أنه يبدو من المحتمل أن الطاعون في الهند أخذ يقل أساسا بسبب أن الجرذان والكائنات الأخرى المشابهة، قد أخذت تتسل سلالات محصنة ضد المرض. كما أن من الممكن أيضا أن تكون قد حدثت تغيرات في الحدة الهجومية لعصوي الطاعون نفسه أو في قدرته على تسبيب المرض. وفي النهاية فإن استخدام مادة الـ «د. د. ت»[*14] للجرذان وبراغيثها، واستخدام دواء الاستربتومايسين[*15] وما أشبههما للضحايا من البشر، قد نتج عنهما بالفعل اختلاف في الأحوال. ولكن هذا لم يحدث إلا في الأربعينيات والخمسينيات. وفي أثناء ذلك الوقت كان منحنى الطاعون قد انخفض بالفعل إلى مستوى جد منخفض في الهند. وبقدر ما يتعلق الأمر بالطاعون، فإن الهند فيما قبل الأربعينيات ظلت أساسا تحت رحمة القوى الديموجرافية الهائلة المجهلة، والتي يؤكد عليها باستمرار المؤرخون من كتاب الحوليات. والحقيقة أن الأطباء من ممارسي الطب الغربي لم يكن لديهم، لا هم ولا رجال الإدارة الرسميين، أي شيء يفعلونه بهذا الشأن إلا أقل القليل. ومما يمكن مناقشته، أنه لعله كان من الأفضل حتى الأربعينيات لو تُرك الطاعون في الهند للأطباء الهنود من «الحكماء» و «الكهنة».

الحواشي

(*1) الطاعون حمى تظهر في نوعين رئيسيين: النوع الدبلي الذي يتميز بتضخم الغدد الليمفاوية، والنوع الرئوي الأخطر الذي يتميز بظهور التهاب رئوي، وتلعب الفئران والبراغيث دورا مهما في نقل جراثيم المرض ـ (المترجم).

(*2) نوع من المطهرات (الفنيك) ـ (المترجم).

(*3) أسلوب للعلاج باستخدام وسائل تحدث أثرا مغايرا للآثار التي يحدثها المرض المعالج، أي علاج الداء بضده ـ (المترجم).

(*4) آراء بأن الحميات المختلفة تنتقل بسبب عفن أو تغير في الهواء. فكانت الكوليرا مثلا تسمى داء الهواء الأصفر ـ (المترجم).

(*5) كيرزون : سياسي بريطاني (1859 ـ 1925) وكان نائبا للملك في الهند من 1899 ـ 1905ـ (المترجم).

(*6) كتشنر : (1850 ـ 1916) كان من كبار القادة العسكريين ثم وزيرا للحربية 1914 ـ 1916ـ (المترجم).

(*7) لويس پاستير (1822 ـ 1895) عالم فرنسي شهير، وعلى الرغم من أن دراساته كانت أصلا في الكيمياء إلا أنه اتجه بعدها إلى البحث أساسا في علم البكتريولوجي، واكتشف العديد من الجراثيم التي تسبب المرض. وابتكر المصل الواقي من الإصابة بداء الكلب أو السعار ـ (المترجم).

(*8) البقر مقدس عند الهندوس ، ويرفضون ذبحه ، والخنزير نجس عند الهنود المسلمين ـ (المترجم).

(*9) يقصد إعداد البنادق تأهبا لحوادث شغب شعبية بسبب الإجراءات التي تتخذها الحكومة ضد الوباء ـ (المترجم).

(*10) اللورد ليستر (1827 ـ 1912) أحد كبار علماء الطب البريطانيين، وأول من استخدم المواد المطهرة للتعقيم في الجراحة ـ (المترجم).

(*11) توماس كون عالم أمريكي معاصر له نظرية عن التغيرات أو الثورات العلمية التي يتغير معها النموذج الأساسي للعلم، وله كتاب مشهور في ذلك (بنية الثورات العلمية) ترجمه إلى العربية الأستاذ شوقي جلال في سلسلة «عالم المعرفة ـ (المترجم).

(*12) التيتانوس نوع من الحمى ينتج عن التلوث بجراثيم تدخل الجسم من جروح الجلد أو الحقن الملوثة، وتؤدي إلى تشنج في عضلات العنق والفك، وتؤدي إلى وفاة المريض إن لم يعالج في الوقت المناسب ـ (المترجم).

(*13) يقصد سكان أستراليا في النصف الجنوبي من الأرض ـ (المترجم).

(*14) د. د. ت: حروف اختصار اسم مادة كيميائية (داي كلورو داي فينيل تراي كلوروايثين) وهي في شكل مسحوق أبيض استخدم لإبادة الحشرات كالقمل والبراغيث، ولكن له أضرارا جانبية طويلة المدى ـ (المترجم).

(*15) أحد المضادات الحيوية التي ظهرت مبكرا بعد البنسلين (أول هذه المضادات)، ويستخدم الاستربتومايسين ضد بعض الجراثيم وخاصة جراثيم السل ـ (المترجم).

8 جائحة[*1] الإنفلونزا في روديسيا الجنوبية:[*2] أزمـة مفهـوم

تيرينس رينجر

لا تصلح جائحة الإنفلونزا في 1918 لأن تكون موضوعا لأحد الانتصارات في تاريخ الطب. فلم يكن هناك أي علاج فعال متاح وقتها، وما زالت فيروسات الإنفلونزا تتحدى علم الطب حتى الآن. وبالتالي، فإن مؤرخي الإمبراطورية الذين نشروا أبحاثا عن هذه الجائحة لم يناقشوا فيها التشخيص أو العلاج، وإنما ركزوا بدلا من ذلك على نتائجها الديموجرافية، أو على إحداثها للفوضى في إدارة العمل في المستعمرات، أو على أنها قد حفزت على إنشاء برامج للصحة العامة. وهذه كلها مسائل مهمة، على أن هذا الفصل يهدف إلى تناول مسألة أخرى لم يُنشر عنها حتى الآن إلا القليل ـ وهي جائحة الإنفلونزا كأزمة في التصور الذهني، كتحد للتفسيرات الموجودة للمرض. وهذه مسألة يتزايد اهتمام الباحثين بها.

قدم هوارد فيليب رسالة للدكتوراه أمام جامعة

كيب تاون، تحوي فصلا خلابا عن «التفسيرات الشعبية والدينية» للجائحة، ويعتمد هذا الفصل على مادة وافرة من مصادر بيضاء وبعض المادة من مصادر سوداء. أما لوك ويليامز فيعمل بجامعة لاتروب على بحث مماثل عن تأثير الجائحة في نيجيريا. على أنه يبدو من المحتمل أن هذا الفصل من كتابنا سيكون أول نقاش ينشر عن هذا الموضوع. وإذ يقتصر هذا الفصل على التركيز على التاريخ الثقافي للسود، فإنه يجادل بأنه قد تم في روديسيا الجنوبية الاعتماد على كل المصادر المتاحة من الطب والأيديولوجية، غربية كانت أو محلية في محاولة لتفسير هذه الجائحة واحتوائها. ولم يحدث أن نجح أي من ذلك في احتوائها. وعلى الرغم من هذا، فإن أتباع الطب والدين الغربيين هم وأتباع الطب والدين المحليين، أمكن لهم أن يقنعوا أنفسهم بأن منظومة الأفكار المختارة، لكل منهم قد نجحت في تفسير الجائحة. ومع هذا فإنه بالنسبة لأفريقيين آخرين كثيرين كانت إخفاقات 1918 تتطلب أنواعا جديدة من التفسير والممارسة. وعندما ظهرت هذه الأنواع الجديدة وتعارضت مع الأيديولوجيات المحلية والاستعمارية معا، فإنها أضفت الشرعية على نفسها بالرجوع وراء إلى جائحة 1918.

عملت المؤسسات العلمية الوقورة على أن تقلل من أهمية ميلودراما جائحة 1918، أما بالنسبة لي، فإنني حتى أحقق هدفي أجدني في حاجة إلى أن أزيد من أهميتها. فإذا لم نستوعب جائحة الإنفلونزا على أنها أزمة، فلن نستطيع أن نفهم تأثيرها في الأفكار. وبالتالي فإنني في القسم الأول من هذا الفصل سأتتبع باختصار الطريقة التي انتشرت بها الإنفلونزا في روديسيا الجنوبية في 1918؛ حيث كان الإحساس بتأثيرها إحساسا أكثر درامية؛ وسأتتبع الطريقة التي تسرد بها قصة هذه الدراما وكيف يتم تذكرها. وسأصف في القسم الثاني من الفصل مدى ما حدث من استجابات للجائحة من (إدارة الأهالي)، ومن أطباء الحكومة، ومن أصحاب العمل ورجال الإرساليات. وسوف أواصل بعدها في القسم الثالث توضيح أن معظم الأفريقيين كانوا يعتبرون أن هذه الاستجابات الأوروبية، هي على الأسوأ استجابات إجرامية، وأنها في أحسن الأحوال لا علاقة لها بالجائحة. بل إنه حتى من فتنوا من الأفريقيين أشد الفتنةبالطب الأوروبي أصبحوا في أكتوبر ونوفمبر من 1918، لا يثقون بهذا الطب إلا أدنى الثقة. وكان

الأفريقيون في الوقت نفسه يعتمدون على التكتيكات والتفسيرات المحلية بكامل مداها، في محاولة لأن يتعاملوا بأنفسهم مع الإنفلونزا. والتجأ بعضهم إلى العلاج بالأعشاب. وتحول آخرون إلى العرافين للكشف عن السحرة الذين جلبوا المرض، أو تحولوا إلى رسل الإله الأعلى الآتين بعقيدة الكهوف؛ أو إلى أنبياء الأرواح الجديدة التي أعلنت عن وصولها بواسطة الجائحة. وعلى الرغم من شمولية الجائحة ودرجة شدتها، إلا أنه كان من الواضح أن هذه التفسيرات المحلية بخاصة كانت مقنعة للكثيرين. على أنه كان هناك بعض الأفريقيين الذين توصلوا إلى الإحساس بأنه لا أحد منهم ولا من أصحاب الطب الغربي، لديه الكفاءة لأن يتعامل مع الإنفلونزا. وفي القسم الرابع والأخير من هذا الفصل سأجادل بأن أزمة الإنفلونزا قد أدت جزئيا إلى نشأة حركات جديدة للتفسير، تمنع استخدام الطب الغربي، وكذلك أيضا الطب التراثي. كما أنها أدت إلى أن تضفي الشرعية بصورة أعظم على هذه الحركات الجديدة.

انتشار جائحة الإنفلونزا وتأثيرها

ظهر وباء الإنفلونزا بين الأفريقيين في روديسيا الجنوبية، حيثما كانوا يجتمعون معا ويخالطون في نفس الوقت أفرادا مسافرين. وكانت إحدى الآليات الرئيسية في نشر المرض في المدينتين الكبيرتين - سالزبوري وبولا وايو - هو مكتب التصاريح الذي كان على كل السود الذين يبحثون عن عمل أن يسجلوا أنفسهم فيه، وكان بهذا مكانا ملائما لنشر المرض على نحو نموذجي. أما خارج المدن فقد تفشت الإنفلونزا تفشيا مذهلا في مجمعات التعدين، حيث يتجمع معا المئات من عمال المناجم الأفريقيين في بيوت متداعية، ويتغذون على حصص طعام جد هزيلة، كما كانوا فحسب مجرد أغراض يتناولها العلاج الطبي السلطوي. وهناك أقاليم ليس بها مدن ولا مناجم، ظهرت الإنفلونزا فيها أولا في المدارس الداخلية للإرساليات، أما الأقاليم التي يوجد فيها مدارس فقد ظهرت فيها أولا في المراكز القيادية للمفوضين الوطنيين[*3]. وهذا النمط الذي حدثت به حالات الوباء يعني أن الأفريقيين قد ربطوا طبيعيا بين المرض وعملية إدارة الاقتصاد الاستعماري. وفي نوفمبر 1918 خططت بعض شركات التعدين لأن ترسل دوريات لجمع

شتات العمال الأفريقيين الذين فروا من المجمعات المصابة بالمرض حتى يمكن للإنتاج أن يبدأ ثانية، وعندها فإن تايلور كبير المفوضين الوطنيين حذر من أن «الأهالي لديهم فكرة بأن الأوروبيين مسؤولون عن إدخال المرض، وأي إشارة إلى شؤون العمل في الوقت الحالي قد يكون تأثيرها هو أن تؤدي إلى فشل هدفنا الحالي، وهو أن نهدئ من الأهالي. وانتقل المرض في النهاية إلى كل مكان تقريبا مع هروب الرجال من المدن والمجمعات.

كانت معدلات الوفاة أعلى وتأثيرها أكثر درامية في المجمعات التعدينية. وقد سجل تقرير إقليم تشيليما نزي عن أكتوبر 1918 وجود 300 حالة وفاة في منجم فالكون وحده. «التقطت جثث ما يقرب من 100 فرد من الأهالي في دائرة المدينة، لتنقل بالعربات التي دارت تجمعهم من بيت لآخر ومن الشوارع، ثم دفنوا في نفس الخنادق... وفرت مئات عديدة بعيدا عن المنجم». وترك الفارون وراءهم ذيولا من الموتى وممن يحتضرون. «يرقد موتى الأهالي على الطريق... وتم الإبلاغ عن جثث موتى كثيرة راقدة في الولايات المركزية، وكذلك في ولاية روديسبل». وإذا كانت هذه التقارير الرسمية تبدو كالعظام العارية فإنها بعد ذلك قد اكتست بلحمها الذي أظهر كل ما فيها من رعب، وكان ذلك بواسطة آرثر شيرلي كريبس رجل الإرساليات الراديكالي الذي قام بجمع الشهادات الشفهية عن الجائحة، وذلك بعد الجائحة مباشرة. وتتحدث هذه الشهادات عن «المرض الذي وفد حديثا على صبيان المناجم، وكأن أرواح الموتى ـ كل روح لم تجد الإحساس براحتها ـ قد أتت إلى مكان واحد حيث لا يتوقف غضبها أبدا». وأخذ الناس يتذكرون برعب عربات الموتى والدفن الجماعي:

> «كان الأمر مروعا. كانوا يحضرون الموتى في إحدى العربات، وقد برزت سيقانهم المتصلبة من تحت أغطيتهم... ثم يلقون بهم في حفرة عظيمة. وكان بعضهم مغطى بملاءة والبعض بإزار يغطي العورة. على أنه كان هناك أيضا ولد صغير... عريان كما ولدته أمه... وفي المساء لجأنا إلى الفرار بعد أن أخذوا أخانا المريض إلى المستشفى. كنا نقول: إنه سيموت الليلة. سيموت موتسوبو. وسوف يضعونه تحت السقف الحديدي في بيت الموتى قرب بوابة المستشفى. وغدا إذ يتم

حفر حفرة أخرى، ستأتي العربة، فيأخذونه بعيدا لينام في الحفرة حيث لا أحد لديه فراشه الخاص به، وإنما يرقد الكل معا فيزعج أحدهم الآخر، ولا ينال أي واحد منهم نصيبا من الراحة... كنا جد مرعوبين حتى أننا فررنا قبل غروب الشمس... وتابعنا المشي على السكة الحديد التي تسير عليها قطارات البخار، حتى وصلنا إلى عربة قطار قديمة خُلفت على الطريق... وعندما تسلقناها إلى داخلها رأينا ساقي رجل ميت متصلبتين تمتدان أمامنا عند الباب، وصرخنا... وألقينا بأنفسنا على الأرض».

كان من المتفق عليه عموما أن معدل وقوع المرض والوفيات أقل في المناطق الريفية، حيث كانت الضحايا الرئيسية من النساء وصغار الأطفال. ومع ذلك فقد كتب رجال الإرساليات الذين يعملون في المناطق الريفية تقارير فيها ما يكفي للإنذار بالخطر. وهكذا نجد أن ر. هـ. بيكر، وهو إنجيلي في إرسالية بنهالونجا في شرق مانبكالاند، يصف حملة أرسلت إلى محميات الأهالي المجاورة. كانت بعض بيوت الأسر لا توجد فيها حالات إنفلونزا، وكان بعضها الآخر جد قريب من البيوت الأولى، ولكنه قد عمت فيه الإصابات. وفي أحد البيوت «كان كل من فيه تقريبا مصابين بالمرض... كان هناك اثنا عشر فردا أحدهم يرقد ميتا. وكان والد الأسرة سليما. وقد ذهب ليحفر قبرا، وأخذ معه صبيا كان قد بدأ يصيبه التوعك في التو. أما الباقون فكانوا كلهم مرضى». ومر بيكر بشاردين هاربين من المناجم، إما أنهم يرقدون في حظائر بنيت لهم بعيدا عن بيوت الأسر أو أنهم يرقدون موتى «بجانب الطريق». ويوضح بيكر الطريقة التي يمكن بها للمرض أن يضرب ضربته في مفاجأة رهيبة، وذلك بأن يروي «قصة مؤسية جدا» عن أم ذهبت لتأخذ أولادها المرضى من المدرسة، وبينما هم في طريقهم للبيت «وهم يسيرون من خلال ممر بين جبلين... إذ بهم يهوون أمواتا على جانب الطريق».

كان المرض الذي يبدأ فجأة، والأجساد التي تترك راقدة بلا دفن، وما كان من مصير أفراد أسر بأكملها - كان هذا كله يترك آثاره في خيال الريفيين. وقد اكتشفتُ في 1981 وأنا أجري بحثا ميدانيا في إقليم ماكوني

الذي يقع عند حوالي ثلثي الطريق بين هراري وميوتار، أن قبيلة بفيكيروا التي تزعم أنها تنحدر من ندافونيا زعيم ماكوني زمن الجائحة، ما زالت تطلق على مكان إقامتها (نيا هوناي) «موطن الدود»، لأن أفرادا كثيرين جدا قد ماتوا هناك من الإنفلونزا في 1918. وقد أحصى المفوض الوطني لماكوني أن 3 في المائة من السكان الأفريقيين في إقليمه ماتوا من الإنفلونزا في 1918. أما الإرساليات الإنجيلية في ماكوني فتعتقد أنهم 10 في المائة. وفي ماتابليلاند كان معدل الوفيات في المناجم كما تسجله تقارير الإقليم يختلف ما بين 15 في المائة و 6 في المائة، وكان في المناطق الريفية يتراوح من 1 في المائة الى 3,6 في المائة. ويكاد يكون من المؤكد أن هذه التقديرات عن الريف كانت منخفضة أكثر من اللازم، حيث إن الكثير جدا من حالات وفيات الأطفال كانت لا تسجل ولا تلاحظ. أما الأطفال الذين ولدوا أثناء الوباء ونجوا منه بالفعل فكان لهم أن يلقبوا باسم «الإنفلونزا» ليحملوه لما بقي من حياتهم. وفي نفس أكتوبر من 1918 قفزت للوجود أسماء محلية عديدة للمرض، كل واحد منها يقصد به أن يغلف من هويته الرهيبة. وفي المنطقة الوسطى من ماتابليلاند، حيث لسكانها قدرة معروفة على إطلاق الأسماء، فإنهم أطلقوا على المرض اسم «ماليبوزوي» (دع التساؤلات بهذا الشأن)، أي أنه اسم يطرح على نحو يثير السخرية أنه ما دام الجميع قد تشابهوا في أنهم غلبوا على أمرهم، فإنه لا يمكن أن تجرى أي تساؤلات بشأن الصحة في جو ودي متبادل.

الاستجابات الأوروبية للجائحة

كانت ردود فعل الأوروبيين لنشوب وباء الإنفلونزا بين الأفريقيين ردود فعل متباينة فكانت الاستجابة الرئيسية في المدن هي الخوف من العدوى. ويكتب ستيفن ثورنتون المؤرخ الاجتماعي الرئيسي لبولا وايو قائلا: «سبب وباء الإنفلونزا 1918 للسكان الأوروبيين من الرعب مثلما سببه نشوب الثورة منذ عشرين عاما خلت». وأدى هذا الرعب على المدى الطويل إلى صدور توصيات عن الصحة العامة من لجنة شكلت للإنفلونزا. أما على المدى القصير فإنه أدى إلى محاولة صارمة لعزل الأفريقيين المرضى في محجر صحي في بولاوايو. وكان الأفريقيون يفزعون من هذا الاحتجاز. وقد أدين

هذا المحجر في 1914 على أنه مجرد «حظيرة، لاتناسب مطلقا علاج المرضى». وكان المرضى الأفريقيون يفعلون كل ما يستطيعونه ليتفادوا إرسالهم إلى هناك. وفي أكتوبر 1918 يكتب جيبسون تاواكو من رابطة البانتو الروديسية الشمالية، ليشكو إلى كاتب مدينة بولاوايو من أن الأفريقيين لا يقدم لهم أي عون سوى هذا العزل الكريه: «إننا نشعر بأنه ينبغي بذل المزيد من العون. لقد رأينا صبيانا يجلسون بجوار الكنيسة المشيخية[*4]، وسألناهم لماذا يجلسون هناك، وكانت إجابتهم إنهم مرضى ويخافون البقاء في موضعهم، وإلا فسوف يرسلونهم إلى المحجر الصحي. ومع ذلك فإن حوالي 800 مريض قد «نقلوا إلى المحجر لعلاجهم» بواسطة طبيب للصحة لم يكن لديه من الوقت إلا ما يكفي فحسب لأن يسجل أن الأفريقيين لديهم «نفور غريزي» من هذه المنشأة، وبعدها سقط الطبيب نفسه مريضا ومعه كل موظفي البلدية الأفريقيين الذين كان من المفترض أن يحرسوا المكان. وانتهز المرضى والمحتضرون الفرصة التي سنحت لهم وأخذوا يهربون من الاحتجاز. «هرب عدد كبير من الأهالي المرضى من المحجر الصحي، ونشروا المرض لمسافات بعيدة انتشارا واسعا». ونشروا معهم في هربهم السمعة السيئة للمحجر الصحي في بولاوايو. وبلغ من ذلك أنه حتى يقر الناس بمرضهم، كان على الموظفين الإداريين والأطباء الذين يزورون بيوت الأسر في المناطق الريفية في ماتابليلاند أن يهدئوا من مخاوف الناس من أن «يؤخذوا إلى بولا وايو للعلاج في المستشفى». وتكرر نفس النمط في ماشونا لاند ومانسيا لاند، حيث فر المرضى الأفريقيون من الحجر الصحي في سالزبوري وأومتالي. أما في إقليم ماكوني، بين سالزبوري وأومتالي، فإن الحالات الأولى من الإنفلونزا في الريف «قد أبقاها الأهالي سرا مكتوما في أول الأمر بحيث استحال تعيين مكانها. ويبدو أن هذه السرية كانت بسبب خوفهم من نقلهم إلى المحاجر الصحية التي كان يُروى عنها أشنع الحكايات».

لم يعد للأفريقيين أي ثقة «بالمستشفيات» في مجمعات التعدين. ولم تنجح تقريبا أي محاولات لعزل المرضى. وكان النجاح الوحيد في ذلك في منجم ألماني في بلينجوي. وهذا النجاح نفسه يعد مثلا كلاسيكيا للسلطوية. فقد حدث هناك أن تم الحجر صحيا على كل السكان الأفريقيين الذين

يبلغ عددهم 200 فرد - عمال وخدم ونساء وأطفال - كلهم حجر عليهم صحيا بالكامل في المجمع، قبل أن يصل إليهم المرض. وأمر المفوض الوطني «صبيان» الشرطة والرؤساء «الصبيان» في المنجم بأن يمنعوا أي انتقالات للداخل أو الخارج. «وسألوني ما الذي لديهم من سلطة لفرض تنفيذ هذا الأمر، وأشرت عليهم أنهم ينبغي أن يستخدموا هراواتهم على نحو معتدل».

كان الأوروبيون في المناطق الريفية أقل انشغالا بالعدوى أو بفرض طاعتهم قسرا. وكانت «إدارة الأهالي» تخشى في أول الأمر أن تنتشر القلاقل، ثم أصبحت تخشى انهيار النشاط الزراعي. على أنه حدث تدريجيا أن أخذت تتردد في الأسماع نغمة إنسانية، خاصة عندما أخذت محطات ومدارس الإرساليات تتعافى من جرعة الإنفلونزا المبكرة التي أصابتها، وبدأت ترسل فرقا من «خيار» من تحولوا للمسيحية ليساعدوا المرضى في المحميات السكانية. وكان بعض رجال الإرساليات من المتفائلين يعتقدون أن هذه الجائحة هي فرصة إلهية حتى يكسبوا الأفريقيين في صفهم بمعاملتهم بشفقة وحب فعالين، وحتى يعوضوا في الريف ما مر بهم في المدن من خبرة أضرت بهم. ولعل الأمر كان سيصبح هكذا لو أن البيض كانوا يمتلكون علاجا فعالا. إلا أنه كان من الواضح أن الأدوية التي أخذ رجال الإدارة وأصحاب العمل ورجال الإساليات يعطون جرعاتها للأفريقيين كانت إلى حد ما تعطى حسب مزاجهم الخاص. ففي إينانجا وجد المفوض الوطني أن «الكينين وأملاح أبسوم فعالة جدا»، واتبعت في ميلسيتر سياسة التطعيم الجماعي، وفي بيلنجوي يصف المفوض الوطني كيف أنه استخدم مع فتاة مريضة «زيت الخروع ولصقة الخردل وبعدها مشروب البراندي ومزيج الالتهاب الرئوي. وقد أدى ذلك إلى نتائج رائعة». أما في هارتل ي، فإن المفوض الوطني سار على مثال مالك منجم شيردز ريف، وأعطى لأكبر عدد ممكن من الأفريقيين جرعات من زيت البارافين والسكر. واستخدم مستر إدجار، أحد المزارعين في شامقا كهفا في أرضه كمستشفى حجر صحي لعماله من الأفريقيين. وكان كل رجل يعطَى يوميا جرعة واحدة من زيت بارافين المصابيح وجرعة واحدة من الشراب «(براندي) ويغذى بحساء جيد». أما الأب ر. هـ. بيكر في بنهالونجا فكان يوزع الإمداد الحكومي من «مزيج الالتهاب الرئوي والبراندي والخردل»، وهو يكتب عن مجهودات

الإرسالية في ممارسة هواية الطب بلهجة فيها بعض الشناعة:

«كان (التلاميذ) يستمتعون حقا بعملهم في صنع لصقات الخردل. وكانت ثمة فكاهة عظيمة أخرى هي قياس درجات حرارة النساء المسنات ممن لم يسبق لهن قط رؤية ترمومتر طبي... أما أكثر الأمور إثارة للبهجة فهي إعطاء الأطفال جرعة من زيت الخروع».

كان بعض البيض قد فاخروا في أول الأمر بأن أدويتهم كانت ناجحة، ولكنهم في النهاية أدركوا كلهم تقريبا، أن الأفريقيين يعتقدون أن البيض قد فشلوا في ذلك كل الفشل. ولاحظ العديدون من المفوضين الوطنيين أنه حيثما يكون العلاج الأوروبي متاحا على أوسع نطاق - في المدن والمناجم - فإن معدل الوفيات يكون أعلى كثيرا مما في المناطق الريفية البعيدة التي لايتاح فيها هذا العلاج. ويسجل المفوض الوطني في تشيبي أن «الأهالي كانوا أحيانا غير مبالين بأخذ الأدوية، وخاصة في المنطقة الجنوبية من الإقليم، حيث كانت تروج فكرة بأن ارتفاع معدلات الوفيات في المناجم في الجزء الشمالي من الإقليم يرجع، في جزء منه، إلى أن الأهالي يتناولون الدواء». أما في ماكوني «فقد فضل الأهالي المرض على الأدوية». وفي مريوا كان الكثيرون منهم عندما يسمعون أن أحدا على وشك أن يعطيهم دواء فإنهم يفرون ويختبئون... وكانوا قد سمعوا من الأهالي الذين فروا من سالزبوري بما كان يحدث هناك، فكانوا يخافون من أن يتخذ عندهم نفس النظام». وكذلك لم يكسب أطباء الحكومة ثقة الناس في المناطق الريفية. فهناك كراهية فطرية ملحوظة تجاه رجل الطب، كما يكتب المفوض الوطني في لوما جوندي: «من المطلوب أن نتعامل بشفقة وتعاطف مع الفرد من الأهالي مثلما نفعل مع الأوروبي. وسيكون من المفيد أبلغ الفائدة أن يتعلم رجل الطب شيئا من اللغة المحلية». وهكذا فإن خبرة 1918 لم تحول أيا من الأهالي إلى عقيدة الطب الغربي. والحقيقة أنه كان مما يثير الأسى في ماتابليلاند أنه حيثما استقر الأطباء الأوروبيون والعيادات الأوروبية، كان يحدث أن الأفريقيين هناك «يفقدون الكثير من ثقتهم في فعالية الطب الأوروبي».

كذلك فإن الجائحة لم تجلب إلى الإرساليات المسيحية إلا عددا قليلا من المتحولين إلى مسيحيتها، وإذ يلاحظ أيثريدج رئيس الشمامسة ما

يحدث من إغلاق المدارس وتقلص نذور الكنيسة، فهو مع ذلك يحاول أن يرى الجانب المضيء من الأمر: فمن المؤكد أن ما يبديه الأوروبيون للأفريقيين من «قدر هائل من الشفقة لابد أنه سيكون له تأثيره الطيب في أن يشد العرقين معا» وبالإضافة إلى ذلك، فإنه إذا كان «رجال الإرساليات كثيرا ما يلاقون في عملهم قدرا ما من عدم الشعبية، إلا أنني لم أسمع قط خلال تسعة عشر عاما من العمل تقديرا لعمل رجال الإرساليات، مثل هذا التقدير الجم جدا الذي سمعته خلال الشهرين الماضيين». إلا أن معظم هذا التقدير الجدير إنما كان من الأوروبيين الآخرين.

وربما كان من أطيب الأمور للإرسالية المنهجية[*5] الأمريكية أن تستنتج من الجائحة أن ما يحتاج إليه الأمر هو جهد طبي مكثف من الإرسالية:

> «لم يكن هناك تقريبا ما يوقف المرض بين الناس. إن الجهل والخرافة يمشيان معا على الأرض وفي أعقابهما تسقط الأجداث ميتة... إننا نحتاج على الأقل إلى أربعة مستشفيات جيدة وستة عشر مستوصفا. وهي ضرورية حتى تحتل المسيحية هذه الأرض... فهي برهان على قيمة المسيحية ونعمها».

إلا أن الكنيسة الأسقفية المنهجية الأمريكية (كاما) كانت توزع نفس «الأدوية» الفجة المحضرة وبنفس النتائج السلبية. وربما هاجم المنهجيون الأمريكيون أفراد الكاثوليكيين الرومان «لموقفهم المنتمي للعصور الوسطى»، ولأنهم يُحلون مكان السحر التراثي «نوعا جديدا من سحر يتشربه (الأفريقي) باسم الإله الحي»، ولكن حتى الكاثوليك لم يكن لديهم من الطقوس ما فيه إجابة عن الإنفلونزا. وباختصار فإن كنائس الإرساليات فشلت من الناحية العلمية والروحية معا، في أن تجابه تحدي الجائحة. والحقيقة أن الذكريات الأفريقية عن هذه الفترة، والتي تحفظها الآن محفوظات الكنيسة المنهجية الأمريكية، تكشف عن الطريقة السيئة التي تأسست عليها ثقة هذه الإرساليات بنفسها. وهكذا فإن چاكسون موندريك روجايو أحد الآباء الأفريقيين المؤسسين للمنهجية، يذكر آخر شهور من 1918 في لغة أساسها ما كان يوجد من انعدام الإيمان والشعور بالأخوة عند البيض. وكان روجايو يعمل وقتها كصبي للمطبخ في إرسالية أومتالي القديمة، حيث كان القس

الموقر جيمس يفرض وجود معزل صحي صارم للحماية من المرض:

«لو أن زائرا دخل الدار مباشرة بسبب جهله بطريقة العمل فيها وفاجأه سيدنا (القاسي) فيها، فإن هذا الدخيل (يلقَى به) في الخارج وقد أصابه كل ذلك الرعب الذي يصاحب رؤية غول له سبعة رؤوس. ولكن الغول أصبح في الحقيقة جراثيم الإنفلونزا. وثمة مشهد يتذكره چاكسون في صورة حيوية، وفيه يدير مستر چيمس الاجتماع وقد جلس وحده تماماعلى بعد حوالي عشر ياردات من سائر أفراد المجموعة الذين جلسوا وهم يستمعون بانتباه إلى الرئيس الذي يرى أن الاهتمام بالحصانة من المرض يعلو فوق أي اعتبار آخر. ومما له مغزاه تماما أن الدعوى الوحيدة التي صادفتُها ويوجد فيها زعم بنصر حاسم للإرساليات أثناء الجائحة، قد أتت في سياق تراث جد مختلف للإرساليات، كان عامل المناجم ريز هاويلز أحد المبرزين في الجماعة الويلزية لإحياء العنصرة(*6)، وقد انضم إلى الإرسالية العامة لجنوب أفريقيا في روسيتو بشرق مانيكا لاند. وكان هاويلز يعمل لإحياء العنصرة أيضا في مانيكا لاند، ولكنه كان يلقى المقاومة، وخاصة من الذكور المسنين، الذين كانوا ملتزمين بما هم عليه من عرف، كدفع المهر للعروس(*7):

«إن للّه طريقه الذي لا نتوقعه أبدا. ففي زمن وباء الإنفلونزا العظيم... ذكّر الرب المستر هاويلز كيف كان الأمر عندما حدث في شفاعته للمرضى في قريته بالوطن (ويلز) أن اقتيد إلى أن يتحدى الموت مرات عديدة. هل يستطيع أن يتحدى المرض ثانية هنا وهو بهذا الانتشار الأوسع كثيرا؟»

وعلى نحو نمطي أصاب المرض أولا أفراد محطة الإرسالية نفسها وإن لم يمت فيها أحد. وفي هذا الوقت قال الوثنيون إن هذه لعنة من أرواح الأجداد، بسبب المسيحيين الذين انتهكوا عرف اللوبولا (دفع مهر للعروس). ولكن:

> «سرعان ما وصل المرض أيضا إلى القرى، وأخذ الكثيرون يموتون. وفي خلال يومين أو ثلاثة أتى وفد من عند الزعيم، وسألوا هل عندكم أي وفيات؟ وأجاب مستر هاويلز: «لا، هل لديكم أنتم أي وفيات؟، فقالوا، نعم، كثيرون، ولكن ألا يستطيع الساحر الطبيب أن يفعل شيئا ليساعدكم؟ واها، لقد كان

اثنان منهم بين أول من خروا صرعى، ولكن ماذا عن أرواح أجدادكم؟ وأجابوا، إن آباءنا لم يصابوا قط بهذا المرض، وبالتالي فإن أرواحهم لا تستطيع التعامل معه. ويعاود مستر هاويلز القول: الأمر إذن هكذا، فشل السحرة الأطباء وفشلت أرواح الأجداد ، إلا أن إلهنا لم يفشل، فسألوا هم: أفلن يموت إذن أي واحد من الناس عندك؟ وأخبرت روح القدس خادمها أن يقول: أخبرهم أن أحدا لا يمكن أن يموت في المحطة، وبالتالي فقد أجابهم قائلا: لا! لن يموت أي أحد في محطة الإرسالية».

وتبع ذلك عدة أيام سادها التوتر. ودعا هاويلز كل الناس إلى الإرسالية، واعدا إياهم أيضا بالحصانة من المرض، بشرط أن يقروا علنا بأن «إلهنا هو الإله الحي، وأنه هو الذي يستطيع أن يقدم العون حيث فشل السحرة الأطباء وأرواح الأجداد! وبالتالي، أخذ يحتشد في الإرسالية موكب من أناس يتعصبون للكتاب المقدس. وهكذا وجد هاويلز أن (الروح القدس) أقوى من الإنفلونزا. وإذا كنا نعيش مع الله فأي أهمية للوباء !

ينبعي ملاحظة أن هاويلز لم يعتمد على (الروح) وحدها كما فعلت الكنائس الأفريقية في وقت لاحق. وإنما استفاد هاويلز مما لديه من مهارات طبية.

«فالرب قد أرشدني لطريقة أداء الأمور. فأنبأني بأن أحول الكنيسة إلى مستشفى ، وأن أشعل النيران في الليل حتى تظل درجة الحرارة متساوية. ولولا أني حصلت على ذلك التدريب الطبي لفترة من خمسة عشر شهرا، لكان ينبغي أن أغرق في حيرتي: على أنه ما من حاجة لارتكاب أي خطأ». وعلى كل، فإن خبرة روسيتو أثناء الجائحة كان فيها نذير له مغزاه بنهضة كنائس الروح الأفريقية.

التفسيرات الأفريقية للجائحة

حينما أخذت أفكر أول الأمر في هذا الموضوع افترضت أن جائحة الإنفلونزا بما هي عليه من جدتها ومداها، قد جعلت من شبه المستحيل

على الأفريقيين أن يفهموها بلغة من تراثهم. وكما قال المسنون لهاويلز: «إن آباءنا لم يصابوا قط بهذا المرض، وبالتالي فإن أرواحهم لا تستطيع التعامل معه». ووجدت في أول ما قرأته عن الموضوع ما أكد لي هذا الرأي. وكان ذلك فيما ورد في السيرة النفسية وغير العادية التي كتبها وولف ساكز عن چون شاڤا فامبيرا، وهو مهاجر وعراف من مانيكا لاند، واسم الكتاب «الغضب الأسود». ويذكر لنا ساكز في جزء مبكر من الكتاب ما يسرده بطله عن الجائحة في شرق مانيكا لاند:

> «حل على الأرض وباء رهيب. وغزا المرض القرية تلو القرية. وأخذ الناس يموتون كالذباب، ودفنت جثثهم بسرعة خارج القرية. وتساوى في ذلك المسيحيون والوثنيون. لم يكن ثمة وقت لأي طقوس... (وما من أحد من أفراد النجانجا (المعالجين التقليديين) كان يستطيع أن يفعل شيئا. وقال أفراد النجانجا للناس إن المرض أتى من القوم البيض. فالمرض لم يرسله الميدزيمو، (أي الأجداد) ولا مواري (أي الإله الأعلى) وإنما أرسله الناس البيض. لقد مات عدد كثير في الحرب الكبرى بين الناس البيض وبلغ من كثرتهم أن تسبب دم الموتى في هذا المرض الهائل».

على أن هذا الرأي يبخس من تقدير المرونة التي يتصف بها ما وجد من المقولات التفسيرية. وكما أمكن للكثيرين من البيض أن يقنعوا أنفسهم بأن أدويتهم المحضرة الفجة أدوية فعالة، فقد أمكن بمثل ذلك للكثيرين من الأفريقيين أن يقنعوا أنفسهم بأن الجائحة يمكن فهمها والتحكم فيها بوسائل من التراث. وعلى كل، فمهما كانت الجائحة مهلكة إلا أن عمرها كان جد قصير، وانتهى أمرها في مجرد شهرين. ومن السهل تماما أن يُرجَع الفضل في دفع المرض إلى أحد العوامل أو الآخر.

أحيانا كان ما يُعتقد هو أن الأفريقيين قد أنقذوا أنفسهم عن طريق الالتجاء إلى أدويتهم الخاصة الأكثر فعالية. وهكذا فإن ثمة لقاء قد جرى مع العجوز سرجنت ماسوتشا ندلوڤو المؤرخ الشفاهي للمحفوظات القومية، ورجل النقابات الراديكالي والسياسي القومي الذي يرقد الآن مدفونا في أرض الأبطال في هراري، وفي هذا اللقاء عاد ندلڤو بذاكرته إلى أيامه

كعامل مهاجر في منجم كيلارني في إقليم فيلا بوسي. أتت الإنفلونزا إلى المنجم في أكتوبر 1918. «كان الناس يصيبهم الصداع والسعال ثم يموتون. وغادرت كيلارني بسبب ذلك. وكان ما أنقذني أنني عندما وصلت بلدي (فورت ريكسون)، كان الناس قد اكتشفوا عشبا معينا يسمى أوخاليميلا، يشفي من المرض. وكان هذا هو ما أنقذنا من الموت».

حاول آخرون التعامل مع الإنفلونزا بأسلوب الإيمان بالسحر. فالجائحة ربما تكون قد أصابت الناس من كل الأعراق في كل العالم، ولكن نسبة وقوعها في الريف الروديسي كانت تتفاوت بشدة، حيث بادت بعض الأسر بأكملها، في حين أن غيرها مما تجاوزها لم تصب بشيء. ويسجل المفوض الوطني لتشيبي أن الأفريقيين المحليين كانوا يعتقدون أن «هناك وفيات كثيرة قد سببتها وسائل غير طبيعية خاصة في العائلات التي فقدت العديد من أفرادها، بينما هناك آخرون يعيشون في القرية ولم يفقدوا إلا القلة أو لم يفقدوا أحدا على الإطلاق». وفي أوائل 1919 كانت محاكم المفوضين الوطنيين في كل أرجاء القطر مليئة بقضايا السحر. وقد درستُ القضايا التي في إقليم ماكوني، وتوضح إحداها على نحو يثير الإعجاب كيف تتعايش معا الأفكار المختلة عن انتقال المرض والعدوى، والطريقة التي يمكن بها أن تفسر وفاة أحد الأفراد بلغة من خصومات لها وجودها من قبل. وكانت هذه القضية عن حالة وفاة ابن لزعيم غير محبوب، هو موچنجا. كان موچنجا في جولة لجمع الضرائب في أكتوبر 1918 وهو ينتقل من قرية للأخرى. ومر بقرية تشيكو ندو، حيث كان فيها أناس مرضى بالإنفلونزا، ثم وصل إلى قرية نياتزانزا حيث لم يكن فيها أي مريض. ووجد هناك حفلا أقيم لشرب الجعة، خُطط القيام به لحشد العمال للتطهير والزراعة. لم يكن وصول موچنجا إلى حفل الجعة أمرا محببا للناس. «وانتاب بعض الحضور شيء من الغيظ. وسألوه عن سبب تنقله فيما حوله في هذا الوقت وعما إذا كان يود أن ينقل العدوى في كل مكان»، وغضب آخرون لأنه رفض أن يعمل مقابل الجعة. «فعلى الكل أن يشربوا من نفس المغرفة». وحين أعقب ذلك أن سقط موچنجا مريضا ومات فإنه أخبر أسرته قبلها «إنه يعرف أن الجعة قد قتلته»، وأنه قد تسمم من جراء كراهية تشاكاتيدا الذي كان ينظم حفل الجعة. وبالتالي، فقد اتهموا تشاكاتيدا بأنه ساحر، وذلك بأن ألقوا

رمادا عند بابه. أصر تشاكاتيدا من جانبه على أن موت موچنجا كان نتيجة للإنفلونزا . ودار نقاش كثير في جلسة المحاكمة التي أعقبت ذلك، بشأن ما إذا كانت الأعراض التي ظهرت أعراض إنفلونزا أو أعراضا لقوى السحر.

تبين هذه الحالة هي وحالات أخرى كثيرة مدى ما يوجد من التباس في تفسير السحر. ومع ذلك فإنه في أعقاب الجائحة كانت هناك مطالبات من الزعماء والشيوخ الأفريقيين، لعودة تنفيذ إجراءات البحث عن السحرة ومحاكمتهم. وطالبت مجموعة من الزعماء في إقليم هارتلي بأنه «ينبغي على الحكومة أن تسمح للأهالي باستخدام أطبائهم الخاصين بهم، بهدف اكتشاف مرتكبي الشر الموجودين بينهم والمسؤولين عن المرض... الذي يزداد انتشارا بين الناس». وأكدوا للمفوض الوطني أن أحدا لن يُقتل. «في الأيام السالفة... لم نقتل كل من تم كشف أمرهم، وإنما طردناهم إلى جبل دوميو شاوا، وتركناهم هناك ليطبقوا فنونهم الشريرة أحدهم على الآخر».

إلا أن فكرة «العزل الأخلاقي» هذه لم تكن مطلقا هي الاستجابة التراثية الميتافيزيقية الوحيدة للجائحة. فقد كانت المناطق الغربية والجنوبية من روديسيا مشهورة بسيادة عقيدة التكهن بالغيب عند (الإله الأعلى) مليمو أو مواري، الذي يبعث رسله من الهياكل في الكهوف. وتؤكد هذه العقيدة سيطرتها على الأرض واستخدامها. وكثيرا ما كان الناس يلجأون إلى هذه العقيدة لحمايتهم ضد الجراد أو أمراض الحيوانات. وكثيرا ما كانت هذه المصائب تفسر أيضا من ثقات مراجع العقيدة، على أن سببها هو ما سبق من إهمال مراعاة الملاحظات التي أبداها (الإله الأعلى). وكانت الأوامر تصدر في هذه الأحوال بتقديم الأضحيات والقرابين إلى مليمو أو موراي، وأن يراعي المؤمنون بالعقيدة اتباع وصايا معينة أو الامتناع عن محظورات معينة من التابو. وتكرر في أكتوبر 1918 نفس هذا النمط من النصح بالوصايا ومراعاة ما يفرض من «قيود». وقد استغل رجال الإله مليمو أو موراي فرصة الوباء فطلبوا من الناس استرضاء روح مليمو بالماعز السوداء، وذلك كما كتب المفوض الوطني لتشيبي. «وأخذ الأهالي يقتلون الماعز لاسترضاء الإله موراي وأصبح من التقاليد ارتداء قلادة من بذور اليقطين حول العنق، وقد خيطت بحشائش (نوكوي) كإجراء للوقاية. ومن الواضح أن المرض إذ توقف سريعا فإن ذلك قد أكد الإيمان بفعالية حماية موراي المزيفة. وفي

1919 حدث ما أسماه دكتور أ. ب. ماكامب بأنه «اندلاع لحماس ديني تراثي»، تم التعبير عنه في «احتفالات شكر واسعة النطاق». وكتب تايلور كبير المفوضين الوطنيين عن هذه الاحتفالات في منطقة فورت ڤيكتوريا، «أنها لإرادة مليمو أن الناس ينبغي أن يظهروا امتنانهم لخلاصهم من كارثة الإنفلونزا، وذلك بأن ينغمسوا في طقوس جامحة من العربدة باحتساء الجعة».

كان المهاجرون الآتون من شمال روديسيا ومن نياسا لاند وموزمبيق يشكلون الأغلبية العظمى من عمال المناجم. وقد فر الكثيرون منهم إلى الريف في أكتوبر 1918 ـ وهؤلاء كان من الصعب عليهم أن يفهموا الجائحة بلغة من هذه العقيدة المحلية للأهالي. وبدلا من ذلك كان الأسلوب الديني التراثي الراسخ عندهم والمناسب لهم هو عقيدة أن الوباء يُعزى لأرواح غير اجتماعية. وقد انطلقت هذه العقيدة في أكتوبر 1918 فيما حول مركز سيلوكوي للتعدين:

> «يرجع الأهالي المرض لسببين: الأوروبيين، والروح الأجنبية چوكوو. والذين يتخذون الرأي الأول يرفضون عادة تقبل العون من الأوروبيين. وبينما انتقل الآخرون بكل ما يمتلكونه إلى الغابة، فإنهم أخذوا يصنعون ويشربون كميات كبيرة من الجعة، ويرتدون مناديل ملونة، وكل هذا لاسترضاء چوكوو... وكان مما يقال إن من يرتكبون الخطايا (مثل مواقعة زوجة الجار والسحر... الخ)، إن لم يعترفوا علنا بفعلتهم، فإنهم لن يشفوا قط.

يمكننا إذن أن نرى أن الكثير مما كان راسخا من الأفكار والممارسات الأفريقية قد ثبت أن له القدرة على الاستجابة للجائحة. ومع ذلك فإن الإحساس بعدم معقولية هذه الأساليب المحلية بالنسبة لشمولية الإنفلونزا كان بلا ريب أمرا موجودا «بالفعل» عند الكثيرين من الأفريقيين، وزاد من شدته ما أعقب ذلك من عودة نوبات عنيفة من الإنفلونزا في السنين التالية. وهكذا أحس هؤلاء الأفريقيون بأنه لابد من انتشار أسلوب روحي جديد، يفوق وينبذ الطبين الغربي والتراثي معا هما والعوامل الكونية للإصابة بالمرض.

نشأة الكنائس الروحية الأفريقية

سبق أن استشهدت أعلاه بكتاب آرثر شيرلي كريبس «كلهم أفريقيون» لتوضيح الذعر الميلودرامي من الجائحة في مجمعات التعدين. وهناك مشهد في رواية كريبس الصغيرة هو بمنزلة الخلفية لقصته الحقيقية التي تهتم بنشأة مذهب الشفاء بالمسيحية. وبطل هذا المشهد هو النبي موفامبي، الذي أتاه التكليف بشفاء المرضى وسط الجائحة. ويذهب موفامبي إلى المنجم حيث كان أخوه يحتضر: «وفي الصباح الذي تلا وصولي إلى أخي أذكر أني نهضت من نومي قبل أن تطلع الشمس مباشرة، ووقفت بين الأكواخ وأحياء المساكن حيث كان يرقد الكثيرون من المرضى كما يرقد أيضا الكثيرون من الموتى. وفجأة أتت ريح تهب علي واستنشقت رائحة الموت». ويفشل موفامبي في إنقاذ أخيه، وأصبح عليه أن يسلمه إلى عربة نقل الموتى. وفي هذه اللحظة من اليأس يلتقي تلميذين من مدرسة الإرسالية يخبرانه «عن المسيح الذي يجوب الأرض ليطرد الشياطين من قلوب الرجال... وكيف أنه أرسل روحه الودود هو نفسه ليستحوذ علينا، حتى إن كانت هناك أرواح معادية تستحوذ على الناس». وإذ ينفعل موفامبي بهذا الإلهام فإنه يفتح نفسه للروح القدس ويصبح نبيا ومعلما وشافيا. ويعظ قائلا: «إن يسوع ظل يجوب أفريقيا يوما بيوم وليلة بليلة، ذلك أن روحه التي كان اسمها (مونيا رادزي) أو (المعزى) قد امتلكت الأفريقيين».

وكريبس عندما كتب ذلك كان وكأنه هو نفسه متنبئا أكثر من أن يكون موصفا، ذلك أن الكنائس الروحية الأفريقية لم تكن قد نشأت بعد في روديسيا الجنوبية. ومع ذلك فإن استيعابه لوجود ارتباط بين الجائحة والإلهام بالعنصرة كان استيعابا صحيحا. وكان هذا النوع من الربط أمرا يحدث في كل أفريقيا. وقد بين چون بيل أن كنائس ألادورا في نيجيريا نشأت عن «الذكريات التي لا تمحى» عن الجائحة التي خلفت 250 ألف حالة وفاة في جنوب نيجيريا، وجعلت من لاجوس «مدينة حقيقة للأموات». كما أوضح بينجت سوندكلر كيف أن الزولو الصهيونيين اعتبروا أن الجائحة «علامة رهيبة على ما حان من قدر مشؤوم... حدث كوني هائل»، وكيف أن الشفاء من الإنفلونزا كان يفسر على أن فيه نبوءة بالهلاك ثم إعادة الميلاد. وفي وسط الجائحة التي كانت في زائير السفلى «وبينما الآلاف من الناس

يموتون دون إسعاف طبي» تلقى سيمون كيمبانجو أول نداء له بالنبوة، صوت يقول «إني أنا المسيح، وقد اخترتك». وحتى الآن، تتذكر الكنيسة الكيمبانجوية ما حدث في 1918، «في الكونغو كله لم تبق قرية واحدة ولا بيت واحد بلا جدث ميت. ولو ظل الوباء باقيا بعدها زمنا قليلا لاختفى تماما كل العرق الأسود». وأتى المنقذ كيمبانجو. ويصف النيجيريون من أتباع إخوان الصليب والنجم عام 1918 على أنه «العام الذي وفدت فيه الروح القدس إلى العالم».

هذا وقد نشأت الكنائس الروحية في روديسيا الجنوبية كنتيجة لسلسلة ترابطات مماثلة للأفكار وزعمت لنفسها أصولا مماثلة. وأحدثت الجائحة انطباعات في الخيال المسيحي عند الزيمبابويين بكل الصنوف والسبل. فكان هناك مثلا باتريك كويشا، وهو صوفي كاثوليكي في مانيكا كان يطمح إلى أن يؤسس نظام إرساليته السوداء الخاصة في نطاق من داخل الكنيسة، وكان يعتبر أن إنفلونزا عام 1918 إنما هي تأديب مبارك من الله: «ومنذ ذلك الحين وما بعدها لم أصبح أبدا في صحة جيدة. وأخذ المرض يتزايد ويتزايد حتى كاد يقضي علي، «على أني سعيد بأن أقول حمدا للّه، لأنني بعد أن أصابني المرض أصبت نعما كثيرة عظيمة، نِعم لو لم أذل بهذا المرض ربما ما كانت تمنح لي».

وحسب ما تراءى لعين كويشا فإن الله قد أرسل له الإنفلونزا ليرى ما إذا كان صفيه سيتحمل المرض بصبر كما تحمله أيوب. إلا أنه كان هناك الكثيرون من الأفريقيين في روديسيا الجنوبية ليسوا على استعداد لتحمل المرض صابرين. وكانوا يتطلعون إلى الرب الذي يمكنه أن يأتي توا بالخلاص من المعاناة إلى من يصطفيهم «هو». وكان هذا هو الرب الذي يعظ به أتباع العنصرة. ويمكننا أن نتتبع نشوء ثقافة العنصرة الدينية في شرق زيمبابوي، حيث ظهرت للوجود في النهاية الكنائس الروحية السوداء الكبرى في أوائل الثلاثينيات. وفي مانيكا لاند، كما في جنوب نيجيريا كانت سنة 1918 تعد على نطاق واسع السنة التي وفدت فيها الروح القدس إلى العالم. وعلى كل فإنها كانت سنة الإحياء العظيم لمذهب العنصرة بين الوعظاء الأفريقيين ومعلمي الكنيسة الأسقفية المنهجية الأمريكية (كاما). وكانت الجائحة في مانيكا لاند قد انكسرت لتصبح موجة هائلة من الشفاء والمعجزات، حين

كان الأفراد الملهمون من الإنجيليين من (كاما) ينقلون رسالتهم خلال الإقليم. وتوضح سجلات (إدارة الأهالي) أنه قبل نشوب الإنفلونزا مباشرة كان ثمة جو من توقعات دينية مكثفة. ويؤكد المشرف العام على الأهالي في أومتالي عند نهاية سبتمبر 1918، أن معلمي الدين المنهجيين كانوا «يعظون بظهور المسيح للمرة الثانية وأن الأهالي قد انفعلوا بذلك انفعالا جامحا؛ وكان الأفراد من الشباب يدعون أنهم يتصلون بالموتى. وأتت شكوى من مريوا المجاورة في الحادي عشر من أكتوبر قدمها زعيم مريوا نفسه ليقول فيها: «إنه لايعترض على أن يتعلم الناس القراءة والكتابة... ولكنه يعترض على استغلال (كلمة الله) التي تدفع بشعبه إلى الجنون».

ظنت (إدارة الأهالي) أن وفود الجائحة قد وضع حدا قويا لحماس أتباع مذهب الإحياء، إلا أن الحدثين أصبحا مجدولين بلا انفصام في ذاكرة الأفريقيين المسيحيين في شرق روديسيا. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه في السنوات التي تلت ذلك قام رجال الإرساليات من أتباع المذهب الرسولي بجنوب أفريقيا، بحمل وعود العنصرة لكل المحميات السكانية في مانيكا لاند. وكان هذا هو السياق الذي نشأت فيه الكنيستان الكبيرتان «شونا فابو ستوري» أو الكنيستان الرسوليتان لچوهانا مارانك وچوهانا ماسوي، وذلك في أوائل الثلاثينيات. وكان أن أصبحت الكنائس التابعة لهما كنائس دولية في دعوتها تضم مئات الآلاف من الأعضاء. ونال مؤسسا هذه الكنائس التبجيل كنبيين، عهد الله لهما بالكشف عن طريق للحياة وطريق للشفاء بما يعلو فوق تعاليم التراث أو تعاليم الغرب أيضا. وحظر الرجلان استخدام الأدوية من أي نوع ـ وهو حظر ما زال أتباعهما ينشدون مراعاته حتى الآن في زيمبابوي. وكلاهما قد نشأ في معاقل المنهجية الأمريكية في مانيكا لاند، ويعرفان بأمر التوليف بين العنصرة والوباء في 1918، وكلاهما قد تفاعل مع وعاظ المذهب الرسولي. وكلاهما كانا يرجعان بنشأة كهنوتهما وراء إلى زمن نشوب الإنفلونزا.

كان چوهانا مارانك الذي ولد في 1912، يزعم أنه قد بدأ رؤاه برؤية «أناس كثيرين يراهم فوق سحابة في الشرق» وهو في سن السادسة سنة 1918. أما چوهانا ماسوي يوحنا البرية ـ فإن شهادة چيمس جور أحد مساعدي كهنته، تمدنا بكل ما وجد من صلات الارتباط بصورة حيوية ـ

الإنفلونزا، وفود النبي، نهاية النظام الروحي القديم:

«في سنة تفشي الإنفلونزا في البلاد بلا كابح أصابني المرض، وظللت مريضا لثلاثة شهور. واعتاد أبي أن يحملني إلى سفونجزوف (وسيط روحي) كانت لديه روح شافية. واستخدموا معي بعض النشوق والدواء لعلاجي... وكان أن حدث ذات منتصف ليل رعد يدوي من الشرق إلى الغرب... ثم تكلمت الروح التي كانت داخل سفونجزوف وقالت: إن كلمة الرب هي التي سببت هذا الدوي. وقالت الروح إن كلمة الرب قد حلت في مكان ما من الشرق... (وبعدها) في 1931 قالت روح سفونجزوف أن الطفل الذي أشرت إليه قد أصبح الآن راشدا... كانت الأرواح تعرف أنه قد حان زمن رحيلها. وقالت الأرواح: «نحن الأرواح سوف نرحل بعيدا. إن كلمة الله التي تصلون لها موجودة هنا. وكلمة الله هذه... تمنع استخدام الدواء،... ثم سمعنا في 1932 أن بابا چوان قد أتى».

الاستنتاج

في النهاية إذن، نجد أن الأهمية الأساسية لجائحة الإنفلونزا في التاريخ الطبي الأفريقي ربما تكون في القوة الدافعة التي وفرتها لنشأة الحركات المضادة للدواء. وكان من الممكن بالطبع أن تنشأ هذه الحركات من دون أزمة الإنفلونزا ـ وهي بالفعل قد نشأت من دونها في أجزاء من إفريقيا. وعلى كل فإن المؤسسات والحركات المضادة للدواء كانت جانبا من جوانب العالم المسيحي الموجودة في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، وهو جانب كان من المحتم أن يصل تأثيره إلى أفريقيا. وبالإضافة إلى ذلك فكما يبين هذا الفصل نجد أن جائحة الإنفلونزا لم تلغ الثقة عند كل الناس فيما يتعلق بالنظم الموجودة للمداواة والتفسير. وعلى الرغم من ذلك، فإن جائحة 1918 بما كان فيها من جو متأزم ومن فشل فعلي لكل علاج طبي، ساعدت بقوة على نشأة المذاهب الأفريقية المضادة للدواء، وعلى إضفاء الشرعية عليها.

الحواشي

(*1) الجائحة وباء ينتشر انتشارا واسعا وفي أكثر من بلد في العالم ـ (المترجم).

(*2) روديسيا الجنوبية اسمها الآن بعد الاستقلال زيمبابوي ـ (المترجم).

(*3) المفوض الوطني رجل من زعماء الأهالي تفوضه الحكومة لرئاسة إحدى مناطقهم ـ (المترجم).

(*4) الكنيسة المشيخية: نوع من الكنائس البروتستانتية حيث يدير شؤون الكنيسة شيوخ منتخبون تتساوى منزلتهم ـ (المترجم).

(*5) الحركة المنهجية هي حركة دينية إصلاحية، قامت في الأصل في القرن الثامن عشر من أجل إصلاح كنيسة إنجلترا ـ (المترجم).

(*6) العنصرة حلول الروح القدس على حواري المسيح بعد رفعه للسماء، وهذه المناسبة تعد عيدا مسيحيا. وأنصار إحياء العنصرة أصوليون مسيحيون يؤكدون على نشاط الروح القدس وعلى قدسية الحياة ويعبرون عن مشاعرهم الدينية بلا قيود ـ (المترجم).

(*7) يعتبر الأوروبيون أن دفع المهر للعروس هو إحدى عادات الشعوب البدائية الوثنية ـ (المترجم).

٩

البلهارسيا: مشكلة «لصحة الأهالي»(*) ١٩٠٠ ـ ١٩٥٠

چون ڤارلي

كان هناك تزامن بين «عصر الإمبريالية» ونشأة نظرية الجراثيم، وما ترتب عليها من اكتشافات لطبيعة الكثير من أمراض المناطق الحارة، وكثيرا ما أدى هذا التزامن إلى افتراض أن الإمبريالية أيا كانت أخطاؤها الأخرى فإنها قد أدت على الأقل إلى تحسين صحة السكان المحليين. على أن طب المناطق الحارة أو المستعمرات الذي بدأ في أواخر تسعينيات القرن التاسع عشر، بإنشاء مدرستي لندن وليفربول لطب المناطق الحارة، هذا الطب قد نشأ نتيجة لإدراك أن حياة الأوروبيين من موظفي أقاليم المستعمرات، ورجال الإرساليات وأفراد الجيش لا يمكن الحفاظ عليها بأكثر فاعلية إلا إذا قام بذلك أطباء سبق لهم قبل توظيفهم، بعض من التدريب على تشخيص وعلاج أمراض المناطق الحارة. وبالتالي، فإنه على الرغم من استمرار الإشارة إلى «رفاهية وتقدم الأعراق التي نحكمها». إلا أن سياسة عمل الحكومة إنما كانت تهتم أساسا برفاه الموظفين البيض. ويستشهد في ذلك بما قاله

جوزيف تشمبرلين: «إنك ترسل الجنود والبحارة، ثم تفكر في أنك ملزم بإرسال الأطباء لرعايتهم. ولكن هل فكرت في هذا العدد الكبير من أفراد هيئة الموظفين المدنيين القديرين الذين أرسلتهم إلى هناك، وما سيتم عمله لهم في حالة اعتلال صحتهم؟». فطب المستعمرات إنما وجد أساسا لجعل المناطق الحارة مناسبة لإقامة الرجل الأبيض. ومع ذلك فإن فوائد وفتوحات طب المناطق الحارة كثيرا ما تعد هبة من هبات الاستعمار، فهي بمنزلة تبرير للماضي الإمبريالي لبريطانيا ولأمريكا أيضا.

والبلهارسيا أو الإصابة بطفيل الشيستوزوما توفر لنا محكا للاختبار يمكننا أن نقيّم به هذه الدعوى. والبلهارسيا، بخلاف الملاريا، هي تقريبا بالكامل «مرض خاص بالأهالي» نادرا ما يمس حياة رجال الإدارة بالمستعمرات. والبلهارسيا من أمراض المناعة التي يحدثها بيض ديدان الشيستوزوم المفلطحة، التي تعيش في الأوعية الدموية لجدران أحشاء الإنسان أو مثانته البولية، وقد كان مرض البلهارسيا، وما زال، مرض الفقر في الريف، وهو مرض متوطن في معظم المناطق الحارة فيما عدا الهند. وتتم الإصابة به نتيجة تعرض الجلد لماء عذب يحوي يرقات الشيستوزوم التي تسمى السركاريا. وهذه السركاريا تنشأ من أجسام تشبه الأكياس تسمى أكياس البوغات، توجد في أنسجة قواقع من قواقع الماء العذب، وتخرج منها يوميا في أعداد كبيرة، وتعدي البشر بأن تثقب الجلد. وعندما نفحص الدوافع التي كانت وراء الاهتمام البريطاني والأمريكي وجنوب الأفريقي بهذا المرض، بدلا من الأمراض الأخرى التي كانت تهدد صحة موظفيهم وأهلهم، فإننا سنتمكن من الوصول إلى فهم أفضل لتأثير طب المستعمرات في «صحة الأهالي».

مصر (1914)

ثار اهتمام البريطانيين بالبلهارسيا لأول مرة قبل الحرب العالمية الأولى مباشرة، وكان سبب ذلك هو الاعتقاد بأن المرض يشكل تهديدا خطيرا لحمايتهم في مصر. وما من شعب آخر على الأرض يعاني من أضرار البلهارسيا بمدى ما يعانيه الفلاحون المصريون. والأرقام مذهلة: فسبعة وأربعون في المائة من كل سكان مصر كانوا مصابين بها حسب تقدير ج. ألن

سكوت في 1937، وتصل الإصابة إلى ما بين 16 إلى عشرين مليونا في رأي باحثين مصريين في سبعينيات القرن. ويقدر بحث مسحي حديث جدا إصابة الأطفال في مدرسة الأقصر الابتدائية بنسبة ثمانين في المائة.

عرف الأوروبيون بأمر المرض لأول مرة في منتصف القرن التاسع عشر، عندما حدث كجزء من سلسلة من الإصلاحات بالأسلوب الأوروبي، أن أُجريت محاولات لتحسين جودة التعليم الطبي في مصر، بتوظيف أساتذة جامعة أوروبيين للمدرسة الطبية في القاهرة. وكان أحد هؤلاء الأساتذة هو تيودور بلهارز، الذي وصف دودة الشيستوزوم لأول مرة 1851، بينما قام في نفس الوقت أستاذ آخر بوصف باثولوجيا المرض، وهو ويلهلم جريزنجر. وتولى البريطانيون حكم البلاد في 1882، وأجروا في تسعينيات القرن التاسع عشر سلسلة مشابهة من الإصلاحات، كان من نتيجتها أن أتى آرثر لوس من جامعة ليبزج للتدريس في مدرسة الطب. وفي النهاية افترض لوس دورة حياة خطأ لدودة الشيستوزوم، الأمر الذي أدى بالبريطانيين إلى الاهتمام بالبلهارسيا بصورة رسمية.

عندما وصل لوس إلى مصر، لم يكن هناك أي إضافة جديدة لما لاحظه بلهارز أصلا وهو: أن البيضة تفقس لتخرج «جنينا حرا» أو الميراسيديوم، وهو طور يرقي صغير يسبح في حرية ويظل حيا لساعات معدودة لاغير. أما ماذا يحدث بعد ذلك فقد ظل سرا، وإن كان الكثيرون قد استنتجوا بالقياس بالتماثل مع الطفيليات التي كان هناك دراية أفضل بها، أن الميراسيديوم لابد أنه يخترق أنسجة أحد القواقع، أو غير ذلك من عائل وسيط(*2) لا فقري. إلا أن أي مقولة تصدر عن لوس كانت تعد أكثر المقولات جدارة بالتصديق، فلوس كان قد وطد سريعا من مركزه كواحد من علماء العالم المبرزين في علم الديدان الطفيلية.

كان لوس في وقت مبكر من حياته العلمية في مصر، قد افترض على نحو طبيعي أن الميراسيديوم ينمو في غالب الأمر في عائل وسيط من الرخويات. ولكنه فشل في إجراء تجارب يعدي فيها قواقع دلتا النيل ورخوياتها ذات الصدفتين، كما فشل في العثور على قواقع أو لا فقريات أخرى تكون قد تمت عدواها طبيعيا بيرقات الشيستوزوم، وأدى به ذلك إلى أن يستنتج أن «انتقال الجنين لا يمكن أن يحدث بواسطة عائل وسيط

من الحيوانات الدنيا» وبالتالي، فإن الأمر حسب لوس هو أن ميراسيديوم الشيستوزوم بعد أن يفقس من البيض لا يُمرر إلى أحد القواقع وإنما يخترق مباشرة جسم الإنسان. وهو يجادل بأن أطوار الأكياس البوغية اليرقية من الشيستوزوم تنمو في كبد الإنسان، وليس في الغدة الهضمية للقواقع. ويكتب لوس قائلا: «إنني بالتالي مضطر للاقتناع بأن الإنسان نفسه يعمل كعائل وسيط».

كان لوس قد نال سمعة حسنة يستحقها عن جدارة، وبلغ من سمعته هذه أن هذه النظرية العجيبة عن «العدوى من الجلد» قد اكتسبت تأييدا واسع الانتشار. وكما ذكر فرانك مادن أستاذ الجراحة في مدرسة الطب المصرية، في أول مرجع يكرس كله للبلهارسيا فإنه «قد يحدث أن أي بركة صغيرة قد تتلوث ببول أو براز مريض يعاني من الإصابة بالبلهارسيا، ثم يحدث في زمن قصير جدا أن يصبح الماء أو الوحل مليئا بيرقات الميراسيديوم النشطة، وهذه إذ تقع على قدم عارية أو سيقان أو أيد عارية فإنها تخترق الجلد وبذا تؤدي إلى العدوى».

ودلالات دورة حياة من هذا النوع لا يصعب تخيلها: فالطفيلي الذي يمر هكذا مباشرة من الإنسان إلى الإنسان يكون فيه إمكان لخطر على الرجل الأبيض مثلما على الفلاح المصري. على أنه سيكون خطرا يهدد بخاصة القوات البريطانية التي تتخذ مواقعها في مصر وبطول قناة السويس. وأي بركة صغيرة في أي معسكر جنود ستكون مصدرا محتملا للمرض. وهكذا فإن رجال المدفعية الذين يعودون من مصر إلى الوطن يمكن أن يصبحوا مسؤولين عن وباء من البلهارسيا في معسكرات دوليتش! أي أن نظرية لوس للانتقال المباشر للعدوى قد حولت البلهارسيا إلى مرض في الإمكان أن يكون مرضا للرجل الأبيض.

لم يتباطأ البريطانيون في الاستجابة لهذا التهديد. وفي 24 أكتوبر 1913، عقد اجتماع للجنة الاستشارية لصندوق أبحاث أمراض المناطق الحارة، واقترح رونالد روس إرسال دكتور ستيفنس من مدرسة ليفربول إلى قبرص لإجراء بحث على المرض. وكما يذكر روس فإن المرض له أهمية عظيمة لمصر «بما في ذلك أهميته للحامية البريطانية». على أن اللجنة قررت بدلا من ذلك أن ترسل روبرت ليبر للصين «لدراسة طريقة انتشار

عدوى البلهارسيا، وللحصول إن أمكن على أدلة تجريبية أكيدة عن هذا الموضوع». وكان الجانب الصيني من الرحلة فاشلا، إلا أن ليپر زار اليابان حيث كان قد تم حديثا اكتشاف دورة حياة الشيستوزوما اليابانية، وأقنعته هذه الزيارة بأن «دورة حياة الشيستوزوما اليابانية تتفق في جوانب جوهرية مع دورة حياة الديدان الأخرى من التريماتودا(*3). فهي تماثلها في أن ميراسيديوم الشيستوزوم عندما يفقس خارجا من البيضة، يغزو أنسجة القواقع، لينتج أكياسا بوغية داخل ما يشبه الكيس. وهذه بدورها تنتج الكثير من السركاريا ذات الذيل المشقوق والتي تثقب جلد العمال اليابانيين في الحقول ذات البرك الصغيرة. وبالتالي، فقد استنتج ليپر في تقريره إلى اللجنة أن «فرض لوس خطأ بالكامل. ويبقى الآن إثبات أن الشيستوزوما هيماتوبيوم(*4) تتبع سياقا مماثلا.

في ذلك الوقت، حيث كانت بريطانيا قد دخلت الحرب، وحيث طرد لوس التعس بلا اختفاء ليعود إلى ألمانيا، كان حل لغز البلهارسيا في مصر قد أصبحت له أهمية حيوية بالنسبة للحامية البريطانية. وكنتيجة لذلك ألحق ليپر على القوات الطبية للجيش الملكي وأرسل لإجراء الأبحاث على المرض. كانت مهمته واضحة:

«نظرا لانتشار وقوع مرض متوطن بمصر، وحيث إنه يحتمل استخدام أعداد كبيرة من القوات في مواقع الدفاع عن قناة السويس، قد خولتني السلطة للذهاب إلى مصر لإجراء أبحاث على مرض البلهارسيا في تلك البلاد، ولإعطاء المشورة بالنسبة لما يتخذ من إجراءات وقائية فيما يتعلق بالقوات المسلحة».

بدأ ليپر أبحاثه بأن جمع ما يزيد على 3 آلاف قوقع من قناة عند المرج، وهي قرية صغيرة في الدلتا شمال شرق القاهرة. وسرعان ما وجد يرقات طور السركاريا ذات الذيل المشقوق التي كان قد تعلم في اليابان طريقة التعرف عليها، وقد وجدها في نوعين شائعين من القواقع، وعاد إلى لندن وقد حمل معه أربعة فئران، وستة وعشرين جرذا، وستة عشر جرذا صحراويا، وحيوانين من حيوانات خنزير غينيا(*5)، وأربعة قرود، كلها قد نقلت لها تجريبيا العدوى بهذه السركاريا. وعندما تم فحصها، وجد أنها كلها أصبحت تحمل ديدان الشيستوزوم في دورتها البابية(*6). وبالتالي،

فإن دورة حياة ديدان الشيستوزوم المصرية تتضمن ـ كما في اليابان ـ المرور من خلال عوائل وسيطة من القواقع، ثم اختراق السركاريا المباشر لداخل العائل النهائي. كان لوس مخطئا بالكامل.

كان لهذه النتائج دلالاتها العملية بالنسبة للقوات البريطانية في مصر، الأمر الذي أوضحه ليپر تماما في تقريره. ويكتب ليپر أنه حسب فرض لوس «فإن كل التجمعات المؤقتة للمياه سيكون فيها خطر لو لوثت حديثا... وأفراد القوات الذين ستصيبهم العدوى سيكونون عرضة لأن يعيدوا عدوى أنفسهم، ولأن ينشروا المرض بين الأفراد الآخرين من القوات وأن ينقلوا المرض إلى أي جزء من العالم». ومن الناحية الأخرى «فإن مجاري المياه الكبيرة، مثل النيل والقنوات والمستنقعات والبرك، يقل الاحتمال بأنها تكون معدية». أما الآن بعد اكتشاف القواقع العائلة، فإن ليپر يواصل القول بأن «تجمعات المياه المؤقتة آمنة تماما... وأفراد القوات الذين تصيبهم العدوى لن يستطيعوا إعادة عدوى أنفسهم أو نشر المرض مباشرة للآخرين... وكل التجمعات المستديمة للمياه مثل النيل والقنوات... فيها إمكان خطر، حسب وجود العائل الوسيط الضروري».

مع هذه الاكتشافات، استنتج ليپر أن البلهارسيا لم يعد فيها بعد أي تهديد للقوات التي لها كيانها المنضبط، حيث يمكن أن يفرض فرضا صارما تطبيق اللوائح بتجنب المياه الملوثة بالقواقع. ويذكر ليپر في مقال في مجلة «چورنال أوف ذا رويال آرمي مديكال كورپس» (مجلة القوات الطبية للجيش الملكي)، أنه «يمكننا أن نتنبأ بدرجة معقولة من الأمان بأن المرض لا يمكن قط أن يصل إلى أن يوطد من قبضته الرهيبة، على أفراد القوات، ويحدث فيهم الأضرار الشديدة التي يحدثها في الأهالي المصريين المصابين بالعدوى إصابة شديدة». وأصبح مرض البلهارسيا هكذا، «واحدا من تلك الأمراض التي يكون الفرد فيها هو المسؤول شخصيا مسؤولية أساسية إن لم تكن مسؤولية كاملة». ولم تعد البلهارسيا بعد تشكل تهديدا خطيرا لرفاه القوات البريطانية المنضبطة ولا لموظفي المستعمرات الذين يعيشون بالأسلوب المتفق عليه. ولن يصاب اللندنيون بالمرض بأن ينتقل بلا مقاومة من بركة صغيرة لأخرى عبر المدينة. ومن الممكن على نحو آمن تجاهل المرض. وفي عام 1939 الذي يسبق بعام واحد بدء عهد جديد من التاريخ الطبي للإمبراطورية

البريطانية، نشر هارولد سكوت الأستاذ بمدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة، كتابا له من جزءين عنوانه «تاريخ طب المناطق الحارة» لم يرد فيه أي ذكر للبلهارسيا !

جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية

هذه اللامبالاة بالبلهارسيا لم يشارك فيها وقتذاك البيض من سكان جنوب أفريقيا، التي كانت بالطبع ما زالت جزءا من الإمبراطورية البريطانية. وبحلول العشرينيات من هذا القرن كان هؤلاء البيض يعون وعيا شديدا ذلك الخطر الجديد الذي يتهدد رفاههم، وهو: «الأهالي المصابون بالمرض». ووظف معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية آني پورتر لإجراء أبحاث عن نسبة وقوع الإصابة بديدان الشيستوزوم وغيرها من الديدان الطفيلية، بين السكان الأفريقيين، وحذرت پورتر من وجود هذا الخطر في أول تقرير لها. وذكرت أن الأفريقي: «يصبح مصدر خطر للعائلين[*7] غير المحصنين، ومركزا لنشر عدد من العلل في الجهاز الهضمي كنتيجة لعاداته المتسيبة»، وحذرت من أن الأطفال البيض بخاصة يكونون عرضة للعدوى بالطفيليات التي تمرر لهم من مربياتهم الأفريقيات. والحقيقة أنها تستنتج «أنه يبدو من المحتمل جدا أن الأهالي المصابين بالعدوى يعملون بمنزلة مستودع للمرض». والتقط صيحة التحذير هذه سي. ت. لورام رئيس لجنة جنوب أفريقية شكلت لإجراء أبحاث عن إمكانات تدريب الأهالي على الطب. ويذكر التقرير أن هناك حشودا من الأهالي في مراكز كثيرة ليس لديهم إلا فرصة محدودة للعلاج الطبي، فيصبح المرضى الذين لا يعالجون مصدر خطر لبقية المجتمع». كان مصدر التهديد هكذا في أكثره، ليس من أمراض معينة، وإنما من «الأهالي المصابين بالمرض» والذين يحملون هذه الأسقام.

على أن هذا التهديد لصحة أفراد المجتمع الأبيض أنفسهم لم يكن العامل الوحيد الذي شجعهم على النظر في أمر صحة السكان الأفريقيين؛ ذلك أن المصالح الاقتصادية كانت تساوي ذلك أهمية. «أصبحت صحة عامل المناجم من أفراد البانتو تكاد تكون وسواسا قهريا عند شركات التعدين»، وذلك كما كتب كاترابت في عموده الذي أثنى فيه على أطباء المناجم في جنوب أفريقيا. وفي النهاية بنت شركات التعدين في جنوب

أفريقيا مستشفيات حديثة، مثلها في ذلك مثل الشركة المتحدة للفواكه، والشركات الأمريكية الأخرى المشتغلة بالتجارة في المناطق الحارة، ووظفت شركات التعدين هيئة طبية يعمل أفرادها طوال الوقت، وفعلت الكثير حتى تخفض من معدلات الوفاة بين المرضى في المناجم وهي معدلات كانت قد وصلت إلى مستويات رهيبة، بعد أن أخذت غرفة التعدين تجند عمال تعدين غير مهرة من الأفريقيين. كذلك فإن شركات التعدين في جنوب أفريقيا، مثلها مثل نظائرها الأمريكية، وجهت اهتمامها إلى تعزيز الأبحاث على أمراض المناطق الحارة، وساعدت في سبيل تحقيق هذا الغرض، على تأسيس معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية.

عندما أعيد فتح المناجم بعد حرب البوير[*8]، واجهت غرفة المناجم نقصا خطيرا في القوى العاملة. ولما كان تحسين الظروف الصحية «لصبيان المناجم» فيه إمكان لأن «يشجع» على جمع مزيد من العمال، أدى هذا إلى أن تمول الغرفة إصدار سلسلة من التقارير الصحية بهذا الشأن. ويبين تقرير 1903 أن معدل الوفيات سنويا هو 57,7 في الألف، وأن 41,7 في المائة من هذه الوفيات بسبب أمراض الجهاز التنفسي. والأسوأ من ذلك أيضا أن تقرير 1905 أظهر معدل وفيات لا يكاد يصدق، ويبلغ 130 في الألف من الأفريقيين الذين جمعوا من المناطق الحارة شمال حدود الترنسفال، واختيروا بفرزهم حسب قوتهم البدنية وحسن صحتهم. أي أن ثُمن أفراد قوة العمل تقريبا يموتون سنويا وهم يتكونون من ذكور شبان بالكامل! على أن الأمر قد استغرق مرور عقد من السنين حتى تأخذ غرفة المناجم في الهجوم على المشكلة بأسلوب جدي. ففي 1913 دعي الجنرال جورجاس إلى جوهانسبرج لإعطاء المشورة بشأن صحة البيئة في مجمعات عمال المناجم الأفريقيين، فأوصى بالتوسع في إنشاء المستشفيات، وزيادة مساحة الإيواء في المجمعات، وأن يكون هناك سرير منفصل لكل رجل. وقبل ذلك بسنة كان رجال صناعة التعدين قد تآزروا مع حكومة الاتحاد لتأسيس معهد جنوب أفريقيا للأبحاث الطبية، الذي أقيم لإجراء الفحوص البكتريولوچية الروتينية ولإجراء الأبحاث المتعلقة على وجه الخصوص بأمراض العمال الأفريقيين في مناجم الذهب والماس والفحم.

وقعت أحداث مشابهة في روديسيا الجنوبية، وإن كانت أقل اتصافا

بالدرامية، وأدى الانشغال بصحة عمال المناجم هناك في 1928، إلى إنشاء قسم يسمى «صحة الأهالي» يرد ذكره مضمنا في التقارير السنوية لإدارة الأهالي الصحية. فالروديسيون أيضا كانوا متنبهين لأمر مرضاهم الأفريقيين. ويذكر تقرير عام 1931 لمصلحة الصحة العامة لروديسيا الجنوبية، أن «الأهالي هم المستودع الذي يعدى منه الرجل الأبيض حيث يضطر إلى أن يعيش في مخالطة حميمة معهم، فتصيبه العدوى. ويمكن الاستشهاد في ذلك بأمثلة من أمراض من نوع الملاريا والدوزنتاريا والديدان المختلفة للأحشاء مثل الشيستوزوما». هذا وقد حدث كنتيجة لإدراك أن السلطات الطبية قد تجاهلت إلى حد كبير الحالة الصحية لهؤلاء الأفريقيين بما فيها من احتمالات الخطر، أن أدى ذلك إلى كهربة البيض للقيام بإجراءات سريعة بشأن ذلك. وبحلول منتصف ثلاثينيات القرن العشرين كان لدى المستوطنين البيض في روديسيا الجنوبية خمسة وعشرون مستشفى قاعدة «للأهالي» تعمل بالفعل. ويلخص ويليام بلاكي، مدير معمل الصحة العامة الأساس المنطقي لهذا الاهتمام بصحة الأفريقيين أحسن تلخيص، إذ يكتب قائلا: «من المعقول أن نعتبر أن هذا الاستثمار يعد بمنزلة تأمين لحماية صحة الأوروبيين، وأنه استثمار تقوم به الأمة حتى تحافظ بصورة أفضل على مواردها من القوى العاملة من حيث النوع والكم».

«لست من محبي الزنوج العاطفيين... على أنه مهما كان نفورنا من الأمر، فإن الأهالي لن يسمحوا لنا بتجاهلهم أو نسيانهم إلا في مقابل عقاب يصيبنا، وهو تعرضنا نحن أنفسنا لأقصى الخطر، ذلك أن الأهالي بالنسبة لعدد كبير من الأمراض التي تثير قلقنا، يوفرون مستودعا للعدوى بهذه الأمراض... ولو أنني نجحت في إيقاظ الوعي الجماهيري بالنسبة لهذه المسألة، فسوف أحس بأن الخدمة التي أديتها للمجتمع الأوروبي أعظم مما أديته لشعب الأهالي».

شغلت البلهارسيا موضعا مهما بين أمراض الأفريقيين الرئيسية، التي تهدد صحة وأرواح السكان البيض في جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية. وكان بلاكي نفسه كعالم ديدان طفيلية من مدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة، قد وصل في 1927 لإجراء مسح على السكان الروديسيين بالنسبة لإصابتهم بالديدان الطفيلية. ووجد بلاكي أن البلهارسيا هي أخطر

أمراض الديدان الطفيلية عند أطفال المدارس البيض، ومع التهديد الذي يفرضه وجود «مستودعات المرض عند الأهالي»، فإنه أوصى بعمل مسح جماعي للديدان الطفيلية في محميات الأهالي. وبين هذا المسح الذي أجري في 1930 أن المرض «له أهمية رئيسية في المستعمرة»، وكانت نسبة الأطفال الأفريقيين الذين يحملون دودة الشيستوزوم في كثير من الأقاليم تبلغ تقريبا عشرين في المائة.

وعلى الرغم من أن أمراض الجهاز التنفسي كان لها بالطبع الأولوية فيما يجرى من أبحاث في جنوب أفريقيا، فإن الدكتور ج.أ. تيرنر المشرف الطبي لرابطة العمال للأهالي في (وبتواتر ساند)، كان قد لفت الانتباه مبكرا إلى وقوع حالات من البلهارسيا بين الأهالي الذين يُجمعون من موزمبيق للعمل في المناجم. وكتب تيرنر في 1910: «لعله لا يوجد بالنسبة لسكان مقاطعة موزمبيق مرض آخر يماثل العدوى بالبلهارسيا في مقدار ما تسببه من كرب وانزعاج شديدين. فهذا المرض ترجع إليه كل صنوف الأذى فوق الأرض بما في ذلك العنةّ في الرجال والعقم في النساء. ولعله حدث كنتيجة لهذا التحذير أن ضمنت البلهارسيا بين الأمراض التي تجري عليها الأبحاث، بواسطة أعضاء هيئة العاملين في معهد جنود أفريقيا للأبحاث الطبية. هذا وقد ظلت آني پورتر مسؤولة عن هذه الأبحاث حتى استقالتها في 1931، ونشرت أبحاثها الحاسمة عن المرض في 1938. وعلى الرغم من اضطرارها لارتكاب أخطاء كثيرة بسبب عدم قدرتها على تعيين العوائل المتوسطة من القواقع، وعدم قدرتها على التمييز بين يرقات الشيستوزوما البشرية ويرقات الأنواع الأخرى من الشيستوزوما، إلا أنها كانت أساسا على صواب في وصفها لتوزيع انتشار المرض في الاتحاد. وهي تذكر أن البلهارسيا مرض متوطن في الترنسفال في منطقة تقع تقريبا شمال خط الحدود بين مفكنج وبريتوريا؛ وفي الناتال؛ وفي إقليم الكاب، شرق أخدود دراكنسبرج وشمال نهر سندايز وبورت إليزابيث.

العلاج والتحكم

مما يثير العجب أن سكان جنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية لم يتخذوا قبل الحرب العالمية الثانية أي إجراء ضد المرض، على الرغم من إيمانهم

بأن «الأهالي المصابين بالبلهارسيا» يشكلون خطرا على صحتهم وازدهار أحوالهم. وقنعت السلطات في كلا البلدين بما تم إجراؤه من أبحاث المسح.

هذا وقد كان في الإمكان اتخاذ إجراءات ضد المرض؛ فبحلول العشرينيات من القرن كانت قد بدأت تلوح مادتان كيماويتان مطروحتان لاستئصال البلهارسيا، وهما: طرطرات الأنتيمون أو الطرطير المقيئ، وكبريتات النحاس. ومن المعتقد أن كلا من هاتين المادتين الكيماويتين تقتل المرض. فمن المعتقد أن المادة الأولى منهما عندما تحقن في مجرى الدم تقتل الديدان الطفيلية البالغة، أما المادة الأخرى فإن محلولها المخفف إلى تركيزات صغيرة يقتل القواقع في الظروف المعملية. وكان دور كلتا المادتين الكيماويتين في إمكان استئصال المرض، قد تم الكشف عنه بعد زمن قصير من قيام ليبر بوصف الدورة الصحيحة للديدان في مصر. وكان لوس قبل هذا الاكتشاف يجادل بأن استئصال المرض يعتمد على التعليم، وعلى التحكم الكامل في شؤون صحة البيئة بالنسبة «للفلاحين»[*9] من السكان. ولكن اكتشاف هذه الكيماويات هي وقواقع العوائل الوسيطة، جعل الطريق مفتوحا أمام تكنولوجيا الطب الغربي. فالمرض يمكن استئصاله بقتل القواقع أو قتل الديدان البالغة. كما يمكن السماح «للفلاحين» بأن يواصلوا ممارسة أساليبهم التي تكرست عبر الزمان. وهكذا فإن التحكم في البلهارسيا لا يتطلب أي إجراءات اجتماعية.

كان أ. س. تشاندلر قد اكتشف لأول مرة فاعلية كبريتات النحاس في إبادة القواقع، وهو يعمل في منطقة رائعة الجمال هي وادي ويلا ميت في أوريجون، وهو بعيد عن كل مشاكل مصر بقدر ما يمكن للمرء أن يتخيله. وقد لاحظ في أثناء عمله ما لهذه المادة من خواص جاذبة للنظر. فهي توفر لنا، أو يبدو أنها توفر لنا، طريقة لمحاربة المرض دون أن يتضمن ذلك المريض بأي سبيل. فهي وسيلة جذابة بالنسبة للعالم والسياسي. فالعالم يستطيع الآن أن يتعامل مع تركيزات مختلفة من مادة كيميائية بدلا من محاولة فهم طريقة حياة المزارعين الأميين؛ والسياسي يستطيع أن يتجاهل أحد الآراء المؤلمة التي لها تفجراتها السياسية، وهو الرأي بالعمل على الارتقاء بحياة الجماهير وتغييرها. ليختار بدلا من ذلك مادة كيميائية بسيطة تقتل القواقع. ويكتب تشاندلر، «هناك حقيقة، وهي أن التحكم في

أمراض العدوى بالديدان الطفيلية المفلطحة يحتمل أن يتم بالهجوم على العائل الوسيط، بدلا من أن نعتمد على أن نفرض بالقوة تنفيذ لوائح الصحة البيئية. وعلى الرغم من أن هذه الأمراض تعد نسبيا غير قابلة للشفاء، إلا أن هذه الحقيقة التي سلف ذكرها تجعل الاستئصال النهائي للعدوى بهذه الأمراض، أمرا له توقعات أكثر إشراقا من أي حالة من الحالات الكثيرة الأخرى للديدان الطفيلية». إلا أن تشاندلر كان مخطئا في أحد الجوانب، فهو عندما كتب هذه الكلمات لم تكن البلهارسيا مما يعد بعد من الأمراض التي لاتقبل الشفاء. ففي 1918 أعلن الدكتور ج. ب. كريستوفر سون في السودان أن استخدام وزن ثلاثين قمحة(*10) من الطرطير المقيئ تعطى للمريض على فترة من خمسة عشر إلى ثلاثين يوما، فيه شفاء أكيد من الإصابة بالبلهارسيا.

على أن أيا من هاتين المادتين الكيماويتين لم تستخدم أصلا ضد المرض، عند السكان الأفريقيين في جنوب أفريقيا ولا في روديسيا الجنوبية. ولم يتخذ أي إجراء ضد البلهارسيا إلا عندما وجد أن قطاعات من السكان البيض مصابون بالمرض. فبحلول منتصف العشرينيات وجد أن أطفال المزارعين البوير الفقراء في الترانسفال مصابون بالبلهارسيا، وهم بذلك يمثلون الأوروبيين الوحيدين في أفريقيا الذين تهددهم هذا المرض على نحو خطير. وكان هناك استجابة في التو، فابتداء من 1927 كان تلاميذ المدارس الأفريكان(*11) يجمعون معا في «مخيمات صيفية» في مواقع شتى، عبر كل مقاطعة الترانسفال ويعطون العلاج القياسي من الطرطير المقيئ محقونا في الوريد. وبحلول 1929 تشكلت لجنة البلهارسيا للترانسفال للإشراف على البرنامج وإنشاء برامج تعليمية وبرامج دعائية. ووضعت لافتات بالإنجليزية والأفريكانية عند برك الاستحمام تحذر الأطفال من الخطر الموجود في المياه. وعندما أخذ الحماس لمخيمات العلاج يقل بحلول 1932، قررت اللجنة الضغط من أجل إنشاء حمامات سباحة خالية من البلهارسيا في مدارس أطفال مزارع البيض، حيث يمكن أيضا استخدام المياه للري. وعلى الرغم مماحدث في الترانسفال، من محاولة قصيرة فاشلة لفتح مخيم مماثل للأطفال الأفريقيين، إلا أن الناتال ـ التي كان المزارعون البيض فيها أكثر ثراء من أقرانهم في الترانسفال، وكانت الإصابة

بالبلهارسيا فيها تقتصر على السكان الأفريقيين ـ لم تحدث فيها أي محاولة لتقليد المثل الترانسفالي. فالبلهارسيا تتعرض فقط للهجوم عندما تصيب السكان البيض بعدواها.

وإذا كان أهل جنوب أفريقيا في العشرينيات والثلاثينيات من هذا القرن، غير راغبين في إنفاق المال على استخدام الكيماويات في علاج وتوقي البلهارسيا بين السكان السود، فإنهم بكل تأكيد لم يكونوا أيضا مستعدين لمهاجمة الأسباب الجذرية لهذا المرض وغيره من الأمراض. ولكن ومرة ثانية، كان هناك مجموعة مختلفة من القواعد يجري تنفيذها بالنسبة للمجتمع الأبيض. ففي 1924 تم انتخاب حكومة الجنرال هرتزوج من حزب العمل القومي، وذلك على أساس برنامج من تفوق العرق الأبيض وعزل العرق الأسود، وبالنسبة لأعضاء هذه الحكومة كان وجود أناس فقراء بيض، من نفس أهلهم وعشيرتهم، قد أصابهم المرض يعد أمرا يستدعي اهتماما عاجلا. وهكذا فإن حكومة الاتحاد هي والكنيسة الهولندية الإصلاحية طلبتا العون في 1927، من مؤسسة كارنيجي لإجراء أبحاث عن أمراض «فقراء البيض». وكتبت لجنة كارنيجي تقريرها في 1932 الذي رسمت فيه صورة «لأجراء» الريف الذين لا يملكون أرضا، وفقراء المستوطنين الذين يحوزون مساحات صغيرة من الأرض، والعمال غير المهرة، وبعض الرواد الرحل. وهؤلاء يكونون عادة من أصول هولندية ـ ألمانية، وعلى حظ ضئيل من التعليم إن لم يكونوا أميين، ولا يتحدثون إلا لغة الأفريكان، وقد أوهنهم المرض، فيظلون بحالتهم هذه معزولين عن التيار الرئيسي للتقدم الأوروبي، وعاجزين نفسيا عن التكيف مع الظروف الحديثة».

وسجل التقرير أن البلهارسيا ـ «أو مرض البول الأحمر للإنسان» كما تسمى محليا ـ هي مشكلة كبرى بين أطفال البيض الفقراء. ويذكر التقرير أنه «لا ينتابنا أدنى تردد في أن نصرح بأنه فيما يختص «بالبول الأحمر» كمرض في المدارس له القدرة على إضعاف المريض، فإن هذا المرض يبلغ مرتبة لا تقل إلا قليلا عن العدوى

بالدودة الخطافية(*12) والملاريا. على أن الحل الذي أوصى به التقرير لهذه المشاكل الصحية لم يكن باستخدام مبيدات الحشرات أو مبيدات الرخويات أو الطرطير المقيئ. فالتقرير يستنتج أن «الفقر والتغذية غير

الكافية لهما عموما تأثير ضار أكثر من الملاريا أو أي أمراض أخرى». فالسبب الجذري لكل المشكلات الأخرى هو النظام الاقتصادي وليس المرض. فهذا النظام يخلق الفقر والجهل بين البيض الفقراء، وهذان بدورهما يؤديان إلى سوء التغذية وضعف مقاومة المرض. وعلى الرغم من أن أطفال البيض الفقراء كانوا يعالجون بالطرطير المقيئ، فإن حكومة جنوب أفريقيا قد نُبهت إلى أن المشاكل الجذرية هي مشاكل اقتصادية. وللمرة الأولى والوحيدة شرعت إحدى الحكومات في التخلص من المشكلة الصحية للبلهارسيا باستخدام وسائل اقتصادية واجتماعية. ولكن المرضى كانوا للمرة الأولى والوحيدة مرضى من البيض، وليسوا من السود.

الأمريكيون

قبل نشوب الحرب العالمية الثانية، لم يكن هناك أحد خارج مصر وجنوب أفريقيا وروديسيا الجنوبية، يضع البلهارسيا ضمن قائمة الأمراض الرئيسية للمناطق الحارة، وذلك فيما عدا قلة معدودة. ولكن الوضع مع نهاية الحرب صعد إلى المرتبة السادسة في العالم، وسرعان ما زاد صعوده بعدها ليتخذ موقعه بعد الملاريا مباشرة. وليس السبب في ارتفاع مرتبة هذا المرض هو زيادة الاهتمام بصحة العالم الثالث، كما لم يكن سبب ذلك هو التأثير العام للمرض في جيوش الحلفاء في الحرب. والحقيقة أنه لم تسجل سوى اثنتين وأربعين حالة من المرضى بين القوات البريطانية وقوات الكومنولث التي حاربت في شمال أفريقيا وفي الشرق الأوسط، وبذلك فإن التاريخ الطبي البريطاني للحرب صرف النظر عن هذا المرض ، ليذكر في مقولة عارضة أنه «باستخدام الإجراءات الوقائية البسيطة التي تتأسس على المعرفة المكتسبة أثناء حرب 14 ـ 1918، لم يتكرر نشوب المرض كما حدث وقتذاك في مصر». واتخذ المؤرخون الأستراليون موقفا مماثلا. وسجل الجيش الأمريكي من الناحية الأخرى، ما يزيد على 2500 حالة من العدوى بالشيستوزوما، ولكن هذا الرقم لا يعد سوى قطرة فحسب عند مقارنته بمن أصيبوا بالملاريا والأمراض التناسلية، ناهيك عن إصابات القتال التي عاناها الأمريكيون أثناء حربهم الدامية مع اليابان. إلا أن حملة واحدة لعبت دورا رئيسيا في أن تأتي بالإصابة بعدوى الشيستوزوما إلى خط

المقدمة من أمراض المناطق الحارة: وهي حملة ليت في 1944.

قرر الأمريكيون في أغسطس 1944 أن يتجاوزوا غزو ميندناو[*13] الذي كان مخططا من قبل، وأن يقفزوا مباشرة إلى شمال ليت، وهي جزيرة كان مرض البلهارسيا متوطنا فيها. وحدث الإبرار يوم 20 أكتوبر، وبحلول يوم عيد الميلاد كانت الحملة قد انتهت بالفعل. شارك في العملية أفراد يبلغ عددهم 257766، وتكبد جيش الولايات المتحدة إصابة 15584 فردا منهم، مع عدد من القتلى وصل إلى 3508 أفراد. وفجأة ظهرت البلهارسيا في ديسمبر بين أفراد القوات الأمريكية الذين أدخلوا إلى المستشفى الميداني رقم 118؛ وظهرت ثمانون حالة في ديسمبر، ثم 155 حالة في يناير. ومع نهاية ذلك الشهر أبلغ معاون المستشفى بأن «الموقف فيما يتعلق بالقوى البشرية قد أصبح حرجا. وقد تم تشخيص عدد من حالات العدوى بالشيستوزوما». وبحلول مايو 1945 كان العدد الكلي للحالات في الجزيرة قد ارتفع إلى ما يزيد على الألف.

وفي خوف من أن يتصاعد الأمر إلى وباء كامل المدى، اتخذت الإجراءات لعملية عسكرية كبيرة ضد العدوى بالشيستوزوما. وبدأ تنفيذ برنامج تعليمي واسع بالملصقات وصور الكارتون والمعامل المتحركة لتقديم عروض عملية عن المرض. وفي فبراير ألحقت على المستشفى 118 الميداني، الوحدة الخامسة لأبحاث مسح الملاريا وكذلك وحدة للأبحاث الطبية، وذلك لدراسة جوانب المرض المختلفة؛ وفي أبريل عين مجلس علم الأوبئة في الجيش بواشنطن لجنة فرعية للعدوى بالشيستوزوما، ووصلت اللجنة إلى الجزيرة لدراسة المشكلة، ثم وصل إلى الجزيرة بعد ذلك بشهر فريق من ثلاثة أفراد من وحدة الأبحاث البحرية وفي ذهنهم نفس الأهداف. كان الرجال الذين يشكلون أفراد هذه الوحدات المختلفة هم ف. بانج، و ن. هيرستون و أ. جراهام، و م. فرجسون، و إ.فاوست، و و. هـ. رايت، و د. ب ماك مولن، و ج. و. هنتر الثالث، وهؤلاء هم الذين وضعوا مرض العدوى بالشيستوزوما على الخريطة الأكاديمية للولايات المتحدة بعد الحرب، وذلك بأن نشروا ما اكتشفوه زمن الحرب في مجلة «أميريكان چورنال أوف هيچين» (المجلة الأمريكية لعلم الصحة)، و «أميريكان چورنال أوف تروپيكال مديسين» (المجلة الأمريكية لطب المناطق الحارة). ظهرت هذه التقارير في وقت جد مبشر

بتنامي الفرص بالنسبة للمستقبل المهني لطب المناطق الحارة في الولايات المتحدة، ذلك أنه مع نهاية الحرب كان أفراد مجتمع طب المناطق الحارة في الولايات المتحدة ، يبذلون أقصى الجهد بحثا عن السبل التي تمنع عودة «الأيام القديمة السيئة».

في تلك الأيام التعسة من عشرينيات وثلاثينيات القرن العشرين، كانت الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة بعد بدايتها بداية مزدهرة، قد ضمت إلى مجموعة هامشية هي الرابطة الطبية الجنوبية. تأسست الجمعية في 1903، وبحلول الحرب العالمية الأولى رسخت قدميها ككيان مهني ناجح وإن كان صغيرا، وكانت تضم بين أعضائها كل الشخصيات البارزة في هذا العلم. على أنه حدث خلال العقد التالي، مع انخفاض توهج الإمبراطورية، وانتهاء الحرب، ثم أخيرا مع أزمة الكساد، حدث أن قل فيما يبدو الاهتمام بهذا الموضوع، وأصبح لا يوجد له أي دعم مالي. وفي 1934 حاول الزعماء في هذا المجال مقاومة هذا الاتجاه المزعج، فشكلوا الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة، وكان دورها لا يقتصر فحسب على تعليم الجمهور الأمريكي، والعمل على زيادة المعرفة وأن تكون الأكاديمية مصدرا عاما للخبرة، وإنما كان دورها الأكثر أهمية هو أن تتلقى وتدير اعتمادات تمويل الأبحاث. وأنشأت الأكاديمية بدورها المؤسسة الأمريكية لطب المناطق الحارة لتقوم على وجه الخصوص باجتذاب هذه الاعتمادات.

عقد في 1935 اجتماع مشترك بين الجمعية الأمريكية والأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة في سانت لويس، وهو اجتماع وصفه أحد المتحمسين بأنه يمثل «إحدى اللحظات العظيمة في تطور طب المناطق الحارة بالولايات المتحدة»، وأعقب هذا الاجتماع تكوين المؤسسة رسميا. ورأس المؤسسة پيري بيرجس، رئيس صندوق وود التذكاري (صندوق تمويل موجه للجذام في الفيليبين)، وكان من أعضائها رؤساء جامعات چونز هوپكنز وكولومبيا وكاليفورنيا، وكذلك كبار التنفيذيين للأعمال المالية في شركة مطاط فايرستون وشركة الفاكهة المتحدة، وعقدت المؤسسة أول اجتماع لها في أبريل 1936، حيث ناقش الأعضاء «تحقيق تخطيط دقيق لطب المناطق الحارة». وحتى يجتذبوا التمويل الضروري اتفقوا على أن من الضروري أولا أن يعرفوا من أعضاء الأكاديمية ما هو المطلوب على وجه التحديد. إلا

أنه ثبت أن هذه المهمة البسيطة هي مشكلة. وكما ذكر الأعضاء في أول تقرير لهم عن تقدم العمل، فإن «مشاريع الأبحاث التي قدمها أعضاء الأكاديمية تتسم في معظمها بأنها جد غامضة»، وهي «لا تبدو محددة بالدرجة الكافية لأن تبرر استخدامها بهدف جمع اعتمادات مالية». ويواصل التقرير القول بأسلوبه جد المباشر، فيذكر أنه بالإضافة لذلك لم يقدَّم سوى عدد جد قليل من خطط الأبحاث، بحيث إنه «ربما كان الأمر أنه لا توجد حاجة حقيقية لدى الباحثين الأمريكيين لدعم أبحاث طب المناطق الحارة، وإن كانوا قد جرونا للاقتناع بوجود مثل هذه الحاجة». وتم في 1939 التعبير عن حال مماثل من عدم الرضا؛ فيذكر أعضاء المؤسسة أنهم يريدون أن يعرفوا من أعضاء الأكاديمية «أي برنامج يوجد في تفكيركم، ماذا ستكون سياسة عملكم، ماذا ستكون خططكم وما هي احتمالات جعل المؤسسة تواصل الاهتمام بالأمر». كان من الواضح أن طب المناطق الحارة في الولايات المتحدة لا يسعد وقتها بسنوات ناجحة.

ومع ذلك ذكر سكرتير المؤسسة في تقريره السنوي عن ذلك العام، «أن الوقت مناسب بصورة متميزة لبذل مجهود رئيسي في مجال طب المناطق الحارة في النصف الغربي للكرة الأرضية». ولم يكن الحافز على ذلك هو الحرب التالي كانت قد بدأت بالفعل في أوروبا الغربية، وإنما كان الحافز هو سياسة «الجار الطيب في الصفقه الجديدة»[*14] لفرانكلين روزفلت. وحتى تزيد الولايات المتحدة في 1938 من علاقاتها الثقافية والتعليمية مع الجمهوريات الأمريكية الأخرى في الجنوب، حسب ما تتطلبه هذه السياسة الجديدة، شكلت الولايات المتحدة قسما للعلاقات الثقافية. وكنتيجة لذلك، أوصى سكرتير المؤسسة بأن تكرس المؤسسة أنشطتها للمساعدة في تعليم طب المناطق الحارة، وإجراء أبحاثه في هذه الجمهوريات. ويجب إعطاء منح للمدارس الطبية في الولايات المتحدة لإنشاء دراسات عليا في طب المناطق الحارة تماثل تلك التي في لندن، ويجب تأسيس دراسات زمالة لأفراد من كل جمهورية من الجمهوريات الأمريكية للدراسة في الولايات المتحدة. ومما لا يثير الدهشة أن مجلس الأكاديمية الأمريكية لطب المناطق الحارة قد وافق بالإجماع على توصيات السكرتير، وعبرت الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة عن «اهتمامها المتعاطف بنشاط الأكاديمية الأمريكية

لطب المناطق الحارة، في زيادة التعاون بين بلاد الأمريكتين في مجالات طب المناطق الحارة وعلم الطفيليات». وبحلول 1940 كان قد تم عمل ثماني منح زمالة في طب المناطق الحارة، كل منها بمبلغ 1000 دولار لمواطنين من أمريكا اللاتينية لحضور منهج للدراسات العليا في طب المناطق الحارة لمدة ستة شهور في تولين، وإن كانت المؤسسة بعد ذلك بسنتين قد عجزت ماليا عن مواصلة هذه المنح. على أنه كان قد نشأ وقتذاك موقف جديد أتاح مجالا أوسع كثيرا من مجال تلك الجمهوريات الجنوبية التي غلبها الفقر: فالأمريكيون قد دخلوا الحرب العالمية الثانية.

وهكذا فإن دكتور توماس ماكي رئيس الجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة، يعلن في خطابه الرئاسي في أبريل 1941 قبل بيرل هاربر[*15] بثمانية أشهر وإعلان ألمانيا للحرب، أن «الحرب قد وضعت جمعيتنا في مركز له أهميته الحقيقية». ذلك أنه مع الحرب زاد أخذ وضع علم طب المناطق الحارة يزداد رفعة، وقفزت أرقام العضوية في الجمعية من 546 عضوا في 1941 إلى 674 في 1942 و 901 في 1943 و 1213 في 1944. وعمل الأعضاء وقتذاك في لجان المجلس القومي للبحوث وإدارة الصحة العامة، كما كان من أهم ما يقومون به إعطاء المشورة لمكتب كبير الأطباء بشأن العلاج والتحكم في أمراض المناطق الحارة التي يمكن أن تتعرض لها قوات الولايات المتحدة. وبالإضافة إلى ذلك فقد حل مكان قسم العلاقات الثقافية مكتب لتنسيق شؤون الأمريكتين، يتوجه بعمله إلى النواحي الثقافية والتجارية لشؤون الدفاع الأمريكية. وكان لشؤون الصحة والصحة البيئية مكانها المهم في سياسة العمل هذه، وبلغ من أهمية ذلك أن تشكلت في 1942 هيئة فرعية هي معهد شؤون الأمريكتين، للعمل على تحسين الظروف الصحية في المناطق الاستراتيجية وللبرهنة من خلال الصحة على «الفوائد الملموسة للديمقراطية»، بحيث يتم التخلص من «أحد المجالات الخصبة للدعاية النازية»[*16].

أتت الحرب معها بالأموال وزادت من عدد الأعضاء ودعمت من مركز طب المناطق الحارة. ولكن هل ستظل الأمور على هذا الحال، أو أن هذه ستكون نعما زائلة تختفي بمجرد أن تعود الأحداث إلى الوضع الطبيعي؟ وبالتالي، فقد أنشئت في وقت مبكر هو عام 1942، لجنة لمشاكل الحرب وما

بعد الحرب، من أجل دعم البحث والتعليم في طب المناطق الحارة بعد الحرب، وفي 1945 قدمت الجمعية قراراتها إلى الرئيس ترومان والتي تعبر فيها عن القلق، «خشية أن يترك طب المناطق الحارة ليتدهور إلى المستوى الذي كان عليه قبل الحرب». وذكّروا الرئيس أنه حاليا فإن التدريب والبحث «لا يفيان بالغرض إلى حد يثير الأسى»، ولهذا السبب فإن جيش وأسطول الولايات المتحدة كان عليهما أن ينشئا برامج تعليمية عاجلة عند بدء الحرب. وهم يستنتجون من ذلك «أننا بالتالي نوصي بتنمية هذا الوجه المهم من الطب الأمريكي تنمية مباشرة ونشطة».

وورد في تقرير 1944 للجنة مشاكل الحرب وما بعد الحرب قائمة من سبعة أمراض للمناطق الحارة على أنها أمراض لها أهميتها بالنسبة للمستقبل وهي: الملاريا، والعدوى بالأميبا، والعدوى بالفلاريا(*17)، والدودة الخطافية، والعدوى باللشمانيا(*18)، والعدوى بالبلهارسيا، والعدوى بالاكينوكوكّس(*19). ولهذه القائمة أهمية كبرى في قصة العدوى بالشيستوزوما، فلأول مرة يحسب هذا المرض على أنه أحد المشاكل الصحية الكبرى في العالم. ثم حدث بعد ذلك بخمسة شهور أن تفجرت مشكلة العدوى بالشيستوزوما في ليت.

ولم يكن في الإمكان أن يكون وصول حملة ليت في وقت أكثر ملاءمة من ذلك، بالنسبة لممارسي طب المناطق الحارة الذين كانوا ينشدون الإبقاء على مكانتهم تحت الشمس.

سرعان ما تبع ذلك ظهور الاهتمام الأكاديمي بالمرض. فظهرت مقالات الفيليبين بين 1946 و 1948 وكان معظمها في مجلة «أميريكان چورنال أوف هيچين» (المجلة الأمريكية لعلم الصحة) التي تنشرها جامعة چونز هوپكنز، في حين حدث في نفس الفترة أن أخذت مجلة «أميريكان چورنال أوف پاراسيتولوچي» (المجلة الأمريكية لعلم الطفيليات)، تتضمن في أعدادها عددا متزايدا من المقالات عن هذا المرض. وكان نورمان ستول يرأس الجمعية الأمريكية لعلم الطفيليات، وهي جمعية لها صلات قوية جدا بطب المناطق الحارة، وفي 1947 نشر ستول ورقة بحثه الشهيرة «هذا العالم المليء بالحدود»، ويقدر فيها أن 114 مليون شخص مصابون بالعدوى من الأنواع الثلاثة للشيستوزوما البشرية. وشغلت البلهارسيا موقعا مهما في اجتماع 1950

للجمعية الأمريكية لطب المناطق الحارة، حيث زعم رئيسها وهو و. هـ. وايت، أن البلهارسيا «أهم مرض من أمراض المناطق الحارة في العالم الآن».

وحتى يتم تبرير إنفاق المال على أمراض المناطق الحارة، استخدمت عمومات حجج اقتصادية: فحتى نتمكن من تنمية المناطق المتخلفة في العالم لتدعم التجارة العالمية وتوفر الأسواق لاقتصاد الولايات المتحدة، فإننا نحتاج قبلها إلى استئصال طفيليات المناطق الحارة أو التحكم فيها. ويذكر و. هـ. رايت في 1950 أننا بتحسين الصحة في هذه المناطق «يمكننا أن نتوقع تحسن الاقتصاد، وزيادة الإنتاج، وتوسع التجارة مع هذه البلاد الغنية بالمواد الخام. وهي مواد تنقص بلادنا وتحتاج إليها احتياجا شديدا». ولقيت مجهوداتهم لجمع المال وقتذاك بعض النجاح. وكمثل، فإنه في 1944 حصلت المؤسسة الأمريكية لطب المناطق الحارة على 75 ألف دولار لاستخدامها في التعليم والأبحاث، ذهب منها 15 ألف دولار إلى تولين، وأعطت شركة مطاط فايرستون هبة من 25 ألف دولار لإجراء أبحاث على العدوى بالتريپانوسوما في ليبيريا. وأكد أعضاء الجمعية أيضا على ما تفرضه أمراض المناطق الحارة من تهديد للولايات المتحدة نفسها. وحذروا بخاصة من خطر أن تقوم القوات العائدة بإدخال أمراض المناطق الحارة إلى البلاد، ومن أن الأطباء الأمريكيين لم يحسن إعدادهم للتعامل مع هذه الأمراض.

وبدت البلهارسيا جد مهمة في هذه المناقشات. وفي 1944 يذكر أندرو وارين، رئيس لجنة الحرب وما بعد الحرب أنه «ليس من غير المعقول أن نتوقع أن حالات العدوى بالشيستوزوما مانسوناي[*20] قد تصل إلى أن تجرى لها عمليات جراحية للسرطان أو البواسير، وأن حالات الشيستوزوما هيماتوبيوم تجرى لها عمليات جراحية لإزالة الكلى[*21]. وفي 1946 أصبح من البنود التي لها أولويتها إجراء أبحاث مسح للقواقع التي يمكن أن تعول اليرقات في أمريكا الشمالية، وذلك بعد أن وجد أن القليل من أفراد نوع من القواقع «تروبيكوربيس هافا نيسيس»، التي أخذت من بركة في حرم جامعة ولاية لويزيانا في باتون روج، وجد أنها تطلق السركاريا بعد تعرضها للعدوى بالميراسيديوم من نوع شيستوزوما مانسوناي.

الاستنتاج

إذا اعتبرنا أن قصة البلهارسيا قصة نمطية بالنسبة لغيرها من «أمراض الأهالي» فإنه يترتب على ذلك أن سياسات العمل الطبية عند البريطانيين والمستوطنين البريطانيين وبيض جنوب أفريقيا والأمريكيين، كانت سياسات لا تهتم قط أي اهتمام بصحة «الأهالي» إذا كانت أسباب هذا الاهتمام لا تخدم في نفس الوقت مصالحهم الخاصة. وقبل الحرب العالمية الثانية، فإنه حتى يتم اتخاذ إجراء بشأن «أمراض الأهالي» التي تصيب أفرادهم، كان الأمر يحتاج أولا إلى أن تهدد هذه الأمراض ـ أو إلى أن يبدو أنها تهدد ـ الصحة، أو الازدهار الاقتصادي لدى الأوروبيين من قوات الجيش أو المستوطنين. وبالمثل فإنه بعد الحرب العالمية الثانية كان «اكتشاف الأمريكيين للبلهارسيا لا يعكس فحسب تزايد الاهتمام بأمراض المناطق الحارة كما حفزت عليه الاعتبارات الاستراتيجية والتجارة في المناطق الحارة من أمريكا، وإنما كان يعكس أيضا الاهتمام بأن هذه الأمراض تشكل تهديدا صحيا للولايات المتحدة. ولكن لعل ما يعلو فوق كل شيء أن الاهتمام الزائد بأمراض المناطق الحارة بعد الحرب قد نشأ عن أنشطة قامت بها جماعات ضغط أكاديمية. وفي التحليل النهائي فإن أعظم رعاة هذا النشاط المتزايد كانوا من الأمريكيين والبريطانيين العاملين بالأبحاث، أي أنهم خبراء توفر لهم دراسة أمراض المناطق الحارة فرص مستقبل مهني لم تكن مما يُحلم به في السنوات المبكرة. ودلالات ذلك عميقة: أصبحت البلهارسيا مرضا آخر من الأمراض التي أدمجت في الطب الغربي، ليجرى عليها البحث على نحو علمي في معامل أمريكا الشمالية وأوروبا، وليتم التحكم فيها بإدخال التحسينات على الكيماويات التي تبيد الرخويات وعلى العلاج الكيميائي. وفي نفس الوقت نجد أن المشاكل جد الحقيقية من الفقر وسوء التغذية، التي ترتبط بها البلهارسيا ارتباطا وثيقا هي ومعظم أمراض المناطق الحارة الأخرى، قد أصبحت أساسا مشاكل موؤودة.

الحواشي

(*1) المقصود بكلمة الأهالي هنا أن البلهارسيا مشكلة لمرض يصيب أهالي المستعمرة وليس مستعمريها الأجانب - (المترجم).
(*2) العائل الوسيط عائل تصيبه العدوى بالطفيلي أولا ثم يمررها بعدها للإنسان - (المترجم).
(*3) التريماتودا اسم لطائفة من الديدان المثقبية العريضة أو المفلطحة، من ضمنها طفيليات البلهارسيا بأنواعها - (المترجم).
(*4) نوع من طفيل البلهارسيا البولية موجود في مصر - (المترجم).
(*5) نوع صغير من القوارض يشبه الفأر ويستخدم في التجارب الطبية - (المترجم).
(*6) الدورة الدموية الخاصة بالكبد، وتعيش ديدان البلهارسيا في أوعيتها الدموية - (المترجم).
(*7) المقصود هم الأوروبيون الذين يحتمل أن يعولوا الطفيلي لو أصيبوا بعدواه - (المترجم).
(*8) الحرب التي قامت سنة 1899 في عهد فيكتوريا بين بريطانيا وسكان جنوب أفريقيا الأوروبيين في الترنسفال - (المترجم).
(*9) يقصد فلاحي مصر - (المترجم).
(*10) وزن صغير يبلغ جزءا جزءا من 7 آلاف جزء من الرطل الإنجليزي - (المترجم).
(*11) الأفريكان اسم آخر يطلق على السكان البيض المولودين في جنوب أفريقيا من آباء لهم أصول هولندية - (المترجم).
(*12) العدوى بالدودة الخطافية يقصد بها ديدان الأنكلستوما الطفيلية التي تتعلق بخطافات في فمها، بجدران الأمعاء ، وتسبب خروج دم مع البراز ، بما يؤدي إلى فقر دم شديد - (المترجم).
(*13) ميندناو إحدى الجزر الرئيسية في أرخبيل الفيليبين - (المترجم).
(*14) الصفقة الجديدة مشروع الرئيس روزفلت (1882 - 1945) الذي فاز به في انتخابات رئاسة الولايات المتحدة في الثلاثينيات، ويهدف المشروع لحل أزمة الكساد الكبير في أمريكا آنذاك، أما سياسة الجار الطيب فموجهة إلى دول أمريكا اللاتينية - (المترجم).
(*15) بيرل هاربر معركة جوية بحرية بدأت بها اليابان الحرب مفاجأة ضد الولايات المتحدة - (المترجم).
(*16) النازية حزب هتلر دكتاتور ألمانيا الذي كان يحكمها في أثناء الحرب العالمية الثانية - (المترجم).
(*17) الفلاريا : طفيلي تنتقل عدواه عن طريق لدغة البعوض ويسبب التهاب الأوعية الليمفاوية وانسدادها، بما قد يؤدي إلى تضخم الساقين (داء الفيل) - (المترجم).
(*18) اللشمانيا: طفيلي تنتقل عدواه بلدغة ذبابة الرمل وقد يصيب الجلد بقرح أو ينتشر في الأحشاء مسببا أعراضا مختلفة - (المترجم).
(*19) الأكينوكوكّس: طفيلي من الديدان الشريطية يسبب في الإنسان أحيانا تكيسات، وخاصة في الكبد، مما قد يؤدي إلى مضاعفات مميتة - (المترجم).
(*20) شيستوزوما مانسوناي نوع من طفيلي البلهارسيا يصيب الأمعاء الغليظة ويخرج بيضه مع

البراز ـ (المترجم).

(*21) الشيستوزوما هيماتوبيوم نوع آخر من طفيلي البلهارسيا يصيب الجهاز البولي ويخرج بيضه مع البول، وقد يسبب مضاعفات في الجهاز تستدعي إزالة الكلى ـ (المترجم).

10

اكتشاف سوء التغذية بالمستعمرات فيما بين الحربين(*1)

مايكل ووربويـزّ

مقدمة

من الحقائق التي تشيع معرفتها أن نسبة كبيرة من سكان العالم تعاني من سوء التغذية. وهناك منظمات مثل أوكسفام وصندوق إنقاذ الأطفال، تنبهنا باستمرار للمشكلة وتنشد عوننا لمعالجة مشكلة «الملايين الذين يموتون جوعا» في بلاد العالم الثالث. وتشير خبرتنا الحديثة، خاصة فيما يتعلق بالموقف في إثيوبيا، إلى أنه بينما يمكن أن يحس الناس في البلاد الغنية بوخز ضمائرهم بسبب المجاعات الكبرى، إلا أنهم يظلون إلى حد كبيرفي حالة لا مبالاة بالنسبة لمشاكل نقص التغذية وسوء التغذية(*2)، مع أنها مشاكل أكثر انتشارا إلى حد كبير، كما أنها في النهاية مشاكل أشد خطرا. وقد تكون هناك أسباب كثيرة لأن يكون إحساس الناس هكذا، على أن أحد أهم هذه الأسباب فيما يبدو هو أن المجاعات بالضرورة تكون أزمات قصيرة المدى لها أصول وحدود معينة، بينما ينظر إلى حالة

سوء التغذية المزمنة على أنها مشكلة كانت، وستظل دائما، موجودة معنا. والحقيقة أن هذه الآراء على خطأ. لقد تم «اكتشاف» مشكلة سوء التغذية لأول مرة في بلاد العالم الثالث فيما بين الحربين، وكانت بلاد العالم الثالث وقتها مناطق مستعمرات. ومن الواضح أنه كان هناك بعض الوعي بمشاكل التغذية قبل ذلك، لا يتعلق فقط بالمجاعات، ولكن لم يحدث إلا في زمن ما بين الحربين أن نشأ تركيب لهذه الأمور في شكل مشكلة إمبريالية وضعت في جدول الأعمال السياسية للعالم. وثمة أسئلة كثيرة تنشأ بسبب هذا التوقيت بالذات. لماذا لم يتم «اكتشاف» سوء التغذية إلا وقتها وليس قبل ذلك أو بعد ذلك؟ ما هي الهيئات الفعالة المسؤولة عن هذا «الاكتشاف»؟ وكيف كانت الهيئات المختلفة تنظر إلى هذه المشكلة؟ وما هي طرق التناول والحلول التي طرحت وصيغت وجربت؟

لم يتم إجراء سوى دراسات معدودة عن التغذية في مجتمعات ما قبل الاستعمار والمجتمعات المستعمرة، وعلى الرغم من ذلك فإن الروايات الثلاث العامة عن أصل مشكلة الطعام في العالم، تتفق كلها على أن المشكلة قد تم إدراكها لأول مرة بين الحربين. وتطرح إحدى وجهات النظر أن شعوب هذه البلاد كانت تعاني دائما من أن غذاءها سيئ ومحدود بسبب انخفاض مستوى معيشتها والجهل بعلم الغذائيات. وبالتالي، فإنه يُزعم أن المشاكل الغذائية كانت دائما متوطنة، ولكنها كانت تظل محتجبة حتى كشفت عنها معرفتنا الجديدة بالتغذية في ثلاثينيات القرن العشرين. وهناك رواية ثانية يطرحها أنصار مذهب المالتوسية(*3) الجديدة، الذين يجادلون بأن تكاثر السكان في قرننا هذا قد نتج عنه «عدد من الناس أكثر من اللازم» بالنسبة لما يتاح من إمدادات الطعام، وأن هذا قد أدى إلى أن أصبح سوء التغذية هو المشكلة الكبرى بين الأمراض المتوطنة بالقرن العشرين. وهناك أيضا رواية ثالثة تزعم أن المشاكل الغذائية للبلاد النامية ترجع إلى أصول حديثة، ولكنها ترى أن هذه المشاكل تعزى إلى المذهب الاستعماري، وخاصة ما يحدثه من تدمير لإنتاج الطعام محليا بأن يزيد من تحول شعوب المستعمرات إلى إنتاج المحاصيل النقدية لتصديرها. وحسب هذه الرواية فإن سوء التغذية في البلاد النامية يُعد وباء حقيقيا، فهو أزمة صحية استثنائية واسعة الانتشار تنتج عن أسباب خاصة لا توجد بوجه عام في

الموقع المتأثر بها.

هذا ويثير هذا الموضوع أيضا، جنبا إلى جنب مع هذه النظرات التاريخية العريضة، قضايا عديدة من الناحية الاجتماعية التاريخية للمعارف الطبية. وأول كل شيء أنه لم يحدث أن دار سوى نقاش قليل قلة فريدة بشأن المدى الذي تنتشر به المعارف الطبية. وحتى وقت قريب جدا، كان المؤرخون الطبيون يتعاملون حسب نموذج يُفترض فيه أن ثمة انتشارا بطريقة سلبية لمنظومة معرفية تعد صحيحة بصورة شاملة. على أن العلماء يدركون الآن ضرورة استكشاف آليات انتقال المعرفة وتكييف ودمج هذه المعرفة في الأحوال المختلفة السياسية والثقافية والجغرافية. وثانيا فإن هناك ميلا متزايدا لتناول العلوم التي كعلم التغذية، ليس فحسب على أنها كيان من الأفكار، وإنما على أنها أيضا أنماط اجتماعية، ذات أصول وحدود ومحتويات لها شروطها. وهذه الاعتبارات بخاصة لها صلة وثيقة بالموضوع في حالة علم التغذية الذي يرتبط بصلات كثيرة بالعلوم البينية، سواء كان ذلك في الداخل من أو فيما بين مختلف العلوم الطبيعية والعلوم الاجتماعية. وأخيرا، وليس آخرا في أهميته، هناك الطريقة التي تتشكل بها المعارف الطبية والعلمية والتي تستخدم في المناقشات الأوسع الاجتماعية والسياسية. ويجادل كتاب كثيرون بأن هذا القرن قد شهد نزعة متزايدة نحو جعل المشاكل الاجتماعية مشاكل علمية، «علمنتها» أو طبية «تطبيتها»، بمعنى أن تنقل المشكلة بعيدا عن المجال الاجتماعي الذي يمكن فيه إنجاز شيء بشأنها ويمكن فيه النظر في أمر بدائل سياسية شتى، فتنتقل المشكلة بعيدا عن ذلك لتوضع في مجال من الطبيعة حيث تعالج على أنها مشكلة ثابتة، أو لا يمكن حلها إلا «بطريقة واحدة صحيحة» يعينها الخبراء. هذا وسنجد في حالة التغذية أن التعريفات «الموضوعية» لمستويات الفقر قد أدت في بعض الأحوال، إلى نزعة تسييس للأفراد وإلى نشأة آراء وبرامج راديكالية اجتماعيا وسياسيا. على أن تناول مشكلة الفقر عن طريق التغذية قد نتج عنه أيضا أن المشكلة قد نزعت عنها صفتها السياسية. وفي هذه الحالة فإنه كثيرا ما يتم بحث سبل علاج المشكلة، لا عن طريق تغييرات بنيوية، وإنما عن طريق «ثوابت تقنية»، كما عن طريق الإمداد بالمكملات الغذائية ونشر التثقيف الصحي.

الاكتشاف

كان أول إقرار حكومي رسمي بوجود مشكلات غذائية في مستعمرات الإمبراطورية في هذا القرن، متعلقا بحيوانات المزرعة وليس بالناس! ففي 1925 حدثت خسائر جسيمة في الماشية بجنوب أفريقيا وأراضي المرتفعات الكينية بلغ من خطورتها أن حولت إلى هيئة جديدة استشارية لمجلس الوزراء، وهي لجنة الأبحاث المدنية (ل. أ م). وقد تأسست (ل.أ.م) لتنسيق «الأبحاث الاقتصادية والعلمية والإحصائية فيما يتعلق بتخطيط السياسة والإدارة المدنية»، وكانت تعمل بأن تفوض المسؤولية عن الأبحاث المعينة إلى لجان خبراء كانت بدورها تلتمس التمويل لأعمال البحث وتشرف عليها. وكانت استجابة (ل.أ.م) لخسائر الماشية نموذجا نمطيا للطريقة التي تعمل بها. فقد عينت لجنة فرعية لبحث محتوى المعدنيات في المراعي، وذلك بعد مناقشات غير رسمية مع الخبراء ممن لهم علاقة بالأمر، وبحلول الوقت لأول اجتماع (ل.أ.م) كان قد تم تخطيط اقتراح للبحث وكتب فيه اسم الباحث بالقلم الرصاص. وكان الشخص الذي اختير لمهمة المسح الأولى هو چون بويد أور، رئيس معهد رُويت للأبحاث في أبردين. وكان لهذا التعيين مغزاه، ذلك أنه كان البداية لانطلاق الحياة المهنية لرجل أثّرت حياته هذه في أبحاث التغذية وتخطيط سياستها، الأمر الذي أدى في النهاية إلى أن أصبح بويد أور أول مدير لمنظمة الطعام والزراعة في الأمم المتحدة. كان بويد أور أصلا مؤهلا كطبيب، ولكنه بعد أداء خدمته في الحرب اتخذ مهنة العمل بتغذية الحيوان في رويت، حيث كانت هناك مؤسسة جديدة لأبحاث حيوانات المزرعة ومنتجات الألبان تركز على حالات نقص المواد المعدنية. وحياة بويد أور المهنية قد جمعت معا بين نزعتين مهمتين في سياسة العلم في بريطانيا ما بعد الحرب، وهما الالتزام الجديد بالبحث التطبيقي الذي تموله الدولة، والاهتمام الجديد بالتغذية الذي تولد عن اكتشاف الفيتامينات. ومن المشوق أن بويد أور نفسه كان يتشكك في الكثير من الدعاوى التي تُزعم بشأن الفيتامينات وكان يؤيد الرأي بأن المعدنيات لها أهمية تساوي الفيتامينات إن لم تكن أعظم. وتآلفت المصالح العلمية والمهنية لتجعل منه البطل المجلى في صناعة منتجات الألبان البريطانية، ولتجعله خصما بالذات لما كان يعتبر أنه مذاهب صرعات

(موضات) للطعام، وخاصة مذهب النباتيين. وكان بويد أور في فترة ما بين الحربين المشجع الرئيسي لتوفير لبن المدارس يوميا في المدارس البريطانية. وأدت به أنشطته إلى أن يؤلف كتابه المشهور «الصحة والدخل والتغذية»، وإلى أن يصبح شخصا مرموقا في ثلاثينيات القرن العشرين فيما يتعلق بالجدل السياسي الذي يدور حول سوء التغذية.

نفذ بويد أور مهمة جولته الأفريقية في 1925، وكما يمكن التنبؤ به فقد كتب تقريرا بأن المشكلة الرئيسية كانت أن أرض المراعي الأفريقية تنقصها المعدنيات. على أنه استنتج على نحو متفائل أنه يمكن علاج الموقف باستخدام أسمدة في المراعي ومكملات غذائية للماشية. وعندما اقترب وقت نهاية مهمته في أفريقيا، أنفق بويد أور بعض الوقت مع چون چيلكس رئيس الإدارة الطبية في كينيا. وأخذا معا على عاتقيهما إجراء مسح عن غذاء وصحة قبيلتين أفريقيتين هما الماساي يعيش والـكِيكُويُو، وكانتا تعيشان متجاورتين إحداهما مع الأخرى، ولكن لكل منهما ثقافات ونظما غذائية تختلف اختلافا كبيرا جدا. فالماساي تعيش أساسا على اللحم ومنتجات الألبان، بينما كان غذاء الكيكويو يكاد يكون نباتيا بالكامل. وبيّن بحث المسح ما كان موضع الظن من قبل، وهو أن أفراد الماساي لديهم بنية جسدية أفضل ويتمتعون بصحة أفضل عن أفراد الكيكويو. وانبثق من بحث المسح هذا قضيتان، الأولى هي إمكان إجراء دراسات مقارنة عن الطريقة التي يتحتم بها أن تتقرر الصحة والبنية الجسدية حسب الغذاء، والثانية هي حقيقة أن الأفريقيين لهم بنية جسدية ضعيفة، وهم مستهدفون للمرض، وبالتالي فإن قدرتهم على العمل تنقصها الكفاءة.

ظهرت النتائج الأولية الخاصة ببويد أور وچيلكس في مجلة «لانست» في مارس 1927. وكان المقال يشدد أساسا على وضع سوء تغذية السكان المحليين في أفريقيا، وحقيقة أنهم يعانون من مدى واسع من الأمراض المعدية وأمراض البنية الجسدية وفيما يتعلق ببويد أور خصوصا، كانت البرهنة على أن «الأفريقي من الأهالي... ليس مطلقا (بالمتوحش النبيل) كما كان يُفترض كثيرا». هذه البرهنة كان فيها ما يزوده بذخيرة ضد المذهب النباتي والمزاعم التي تقال عن الأغذية الطبيعية في المناقشات البريطانية عن التغذية في عشرينيات القرن. وكان الاستنتاج الأساسي

المستمد من البحث هو أن السلطات الاستعمارية لو أبدت اهتماما أعظم بالغذاء، فإنها سوف ترتفع بقيمة «الفرد من الأهالي كعامل اقتصادي». على أن هذا البحث كان ينقصه التميز في أحد جوانبه، ذلك أن كل ما قام به البحث من هذا الجانب أنه نقل إلى المستعمرات نوع أبحاث المسح الغذائية، التي تجرى في بريطانيا وغيرها من بلاد العالم المتقدم. ومع ذلك كانت الطريقة التي حدث بها ذلك، وحقيقة إنه قد تم حقا حدوثه، أمرا من الأمور الرائعة. وقبل هذا المسح كانت كل الشؤون الصحية للمستعمرات يتم تناولها من خلال هيئة الخدمات الطبية للمستعمرات، التي كان مذهبها في التخصص الطبي هو التخصص في طب المناطق الحارة. وكان هذا المذهب في التخصص قد نشأ وتنامى، وهو ينظر إلى المشاكل المرضية في المستعمرات على أنها تقتصر تماما على أمراض «المناطق الحارة»، وبالتالي فهي مشاكل دخيلة؛ وهكذا كان التركيز يقع على الأمراض التي تتولد عن ناقل من الحشرات كالملاريا ومرض النوم، وكذلك على الشؤون الصحية العرقية. أما بويد أور فقد تناول بحثه في شرق أفريقيا على أساس الفروض ذات النزعة الشاملة لعالِم تغذية له توجهه الفيزيولوجي، ودون أن يعتنق الفروض ذات النزعة الخصوصية لطب المناطق الحارة. وبدلا من أن يرى أوجه الاختلاف المعتادة بين أوروبا وأفريقيا بالنسبة لمسببات المرض ومعدل وقوعه، فإنه كان يرى أوجه التشابه فيما بينهما. كان واضحا أن الصورة المتروبوليتانية عن أمراض المناطق الحارة صورة غير صحيحة. فالأسباب الرئيسية للموت في شرق أفريقيا كانت ما يحدث من كوارث الالتهاب الرئوي والسل المنتشرة عالميا. وأكثر الشكاوى ذيوعا هي تقرحات السيقان والدوزنتاريا، وكان من الواضح أن «السرطان ليس مطلقا من الأمراض النادرة». كان القيام بتحدي طب المناطق الحارة أمرا لا يتصدى له أحد، بل إنه في أغلب الاحتمال كان مما لا يراه أحد. ولو كان مما قد حدثت رؤيته، لأوجب ذلك أن تعاد بالكامل صياغة شكل طب المناطق الحارة الحالي، أو لعله كان سيُنبذ كاتجاه تخصصي له شرعيته.

وقبل أن ينشر هذا كله، بل في الحقيقة فور عودة بويد أور من أفريقيا، فإنه ناقش مغزى بحثه مع لورد بلفور وليوپولد أمري، وذلك بوساطة من صديقه والتر إيليوت الذي كان أحد أعضاء الحكومة. وكانت النتيجة هي

أن تشكلت من (ل.أ.م) لجنة فرعية جديدة لعلم التغذية تتضمن أعضاء مشهورين من أبرز علماء بريطانيا في علم التغذية. وكانت المهمة الموكلة لهذه اللجنة الفرعية هي إجراء أبحاث في علم التغذية بصفة عامة وليس في أفريقيا فحسب. وكان من المعتقد أن «معامل المستعمرات» ستتوافر فيها ظروف ممتازة لأبحاث من التغذية المقارنة لها أهميتها الإمبريالية. وطرح بويد أور في أول اجتماع برنامجا لمزيد من الأبحاث في كينيا تتضمن التحليل الكيميائي لمواد الطعام المحلية، وتجارب على الحصص المخصصة لقوى العمل، ودراسة عن العوامل المسببة لقرح السيقان لاستكشاف دور سوء التغذية كسبب لها، وبحث مسح كامل لصحة وغذاء الماساي والكيكويو. كما أعلن أيضا أن چيلكس قد وافق بالفعل على استضافة الأبحاث وسوف يقوم مجلس التسويق بالإمبراطورية بتوفير منحة لذلك. وتحدث كل أعضاء اللجنة الفرعية عن الاقتراح المطروح بحماس، وإن كان بعضهم قد تشكك في مدى موضوعية بويد أور فيما يتعلق بالقيمة النسبية للمعدنيات إزاء الفيتامينات. وسرعان ما عين باحثان ونزلا إلى الميدان في الشهور الأولى من 1927. واستمر بحثهما طيلة أربع سنوات ونشره مجلس الأبحاث الطبية في 1931.

وأعيد في هذا البحث ذكر الإحصائيات التي ظهرت في النتائج الأولية لبويد أور وچيلكس، في 1927 عن المعدلات الأفريقية للوفاة والمرض، مع توسيعها في الفقرات الافتتاحية من التقرير النهائي لسنة 1931، إلا أن معظم مادة التقرير كانت تركز على البحث الجديد في التغذية كعامل تحديد حتمي للحالة الصحية والبنية الجسدية. وكانت هذه النتائج الأخيرة هي التي جذبت معظم الاهتمام المعاصر آنذاك والتي ما زالت يستشهد بها حتى الآن، كبحث يعد من أوضح البراهين على الحتمية الغذائية. والحقيقة أن تأثير هذه الأبحاث كان قويا خصوصا بالنسبة لعلم الأنثروپولوچيا، حيث حفزت لإجراء أبحاث على التأثيرات الاجتماعية والثقافية للتغذية ودلالاتها. وكان مما يجادل به أيضا أن النتائج قد بينت أهمية الغذاء المتوازن، ذلك أنه على الرغم من أن أفراد الماساي كانوا أطول قامة وأثقل وزنا وأكثر صحة عن أفراد الكيكويو، إلا أنهم مع ذلك تظهر عليهم أنماط معينة من الأمراض يبدو أنها مرتبطة بالغذاء. أسهمت هذه النتائج إسهاما

مباشرا في المناقشات البريطانية عن الأبحاث الغذائية وسياسة العمل بالنسبة للطعام، والتي كانت منذ اكتشاف الفيتامينات تركز في تأكيدها على أمراض خاصة بأوجه للنقص في الغذاء وعلى علاجها بالمكملات الغذائية. وإذا كان التقرير قد استُقبل على أنه أساسا إسهام في علم التغذية، فإن هذا أدى إلى التعتيم على أن التقرير قد أثبت أيضا النتائج السابقة، وهي «أن قلة التغذية أو سوء التغذية أو هما معا في أكثر الاحتمال، قد يحدثان بدرجات ملحوظة بين قبائل الأهالي». وبالإضافة إلى ذلك فإن التقرير ينتهي بأن يطرح أن «المشكلة لا تقتصر على كينيا. ويبدو أنها موجودة في مناطق كثيرة مختلفة في أملاكنا في المناطق الحارة. وبالتالي، فإنه يمكننا أن نحكم... بأن فقدان الصحة والكفاءة الذي يرجع إلى نقص التغذية له أهميته الاقتصادية بما له اعتباره.

وعلى الرغم من أن التقرير النهائي قد أوصى بمزيد من الأبحاث في أفريقيا، وكذلك أيضا في أماكن أخرى، إلا أن هذا لم يتم. ففي وقت نشر التقرير في 1931 حل محل (ل.أ.م) ما سمي بالمجلس الاستشاري الاقتصادي (م.أ.أ) الذي كان أقل نشاطا وأقل تدخلا من (ل.أ.م)، كما أن مجلس التسويق بالإمبراطورية كان على وشك أن يُصفَّى. وهذان التغيران كانا في النهاية قد نتجا معا عن الركود الاقتصادي الذي أصاب البحث الطبي والعلمي بضرر شديد، يماثل ما أصاب أي مجال آخر من الأنشطة الحكومية. وعندما بدأ البحث في 1925، كان ثمة اهتمام كبير بالإمكانات الاقتصادية في شرق أفريقيا وفي مستعمرات الإمبراطورية عموما. أما بعد 1929 فكانت النظرة الاستشرافية أقل تفاؤلا. وربما يبدو أن تأسيس (صندوق تنمية المستعمرات) في تلك السنة فيه تناقض مع هذا الرأي، حيث إن هذا الصندوق قد طرح على أنه وسيلة لحفز النشاط الاقتصادي في المستعمرات وزيادة التجارة البينية في الإمبراطورية. على أن الصندوق في أحسن الأحوال لم يكن إلا إجراء ينقصه الحماس القلبي، وكان يغلب عليه في الواقع أنه إجراء دفاعي قد صمم لتخفيف أسوأ آثار الركود الاقتصادي عن بريطانيا، بأكثر من أن يكون إجراء لحفز تنمية المستعمرات. ويبدو أن الحكومة البريطانية، ومعها في هذا الشأن خبراء التغذية والعلوم الطبية الذين يتخذون قاعدتهم في بريطانيا، قد نسوا كل ما يدور حول قضية التغذية

في المستعمرات، حتى فرضت القضية نفسها عليهم ثانية، بعد ذلك بعدة سنوات، بواسطة أبحاث قسم الصحة في عصبة الأمم[*4].

الإدراك

في 1933 نظرت كل الجمعية العامة لعصبة الأمم أمر «تقرير عن التغذية والصحة العامة». وكان التقرير يجمع معا نتائج أبحاث المسح الغذائية التي أجريت في العقد الماضي في بلاد من أعضاء العصبة، وبناء على قوة ما جمع من الأدلة جادل التقرير بأن التغذية لابد أن تصبح جزءا متكاملا من سياسة عمل الصحة العامة وإدارتها. وكان فيما أثير من الدعاوى إشارة لما يوشك أن يحدث من بزوغ التغذية كعلم مستقل بذاته، وبينت هذه الدعاوى وجود بعض أفراد يدور تفكيرهم حول الفرص المهنية الجديدة بالنسبة للتغذية وهي موجودة داخل الصحة العامة. على أن الهوية المهنية «لعلماء التغذية» ومجال ولائهم لم يكونا قط من الأمور الواضحة، حيث كان مما ينادى به أن هذا الموضوع «مشكلة اقتصادية وزراعية وصناعية وتجارية، بمثل ما هو مشكلة فيزيولوجية». ومن الواضح أن التغذية كانت على المستوى الثقافي تتصف بأنها من العلوم البينية، فتضم معا المجالات السابقة هي وغيرها. أما على المستوى العملي والسياسي فإن التغذية ترتبط ارتباطا معقدا بالاهتمامات الاقتصادية والمصالح السياسية، بحيث إن فكرة وجود خبراء مهنيين بلا مصالح كانت دائما موضع التشكك. على أنه كان يفترض أنه في المستقبل القريب سيكون معظم العاملين في مجال التغذية مرتبطين بعلوم الطب والصحة العامة، وهو افتراض ثبت في النهاية أنه خطأ.

كُرس الجزء الثالث من تقرير عصبة الأمم لما تعيّن على أنه «المشكلة الجديدة» للتغذية في المستعمرات، والنتيجة بأن «من الواضح الآن أن سكان المستعمرات عموما يعانون من قلة التغذية». ودلالة الوثيقة كلها هي أن هذا الوضع كان دائما موجودا بسبب التأخر والجهل، إلا أنه قد تكشف مؤخرا بواسطة ثلاثة تغيرات. الأول بالطبع هو «المعارف الجديدة» عن التغذية، والثاني، التوسع التدريجي في أداء الخدمات الطبية بالمستعمرات بالنسبة للسكان المحليين. وأخيرا، فقد استفاد التقرير من عدد من أبحاث المسح عن الوضع الغذائي لسكان معينين في المستعمرات، وهي أبحاث قد أوحت

بها أبحاث بويد أور وچيلكس، فصيغت على مثالها، وتم تنفيذها في مستعمرات أخرى بريطانية وأوروبية. هناك قدر من الصواب في كل من هذه التفسيرات، ولكن عدد أبحاث المسح التي نادى تقرير العصبة على أساسها بأن المشاكل الغذائية في المستعمرات تعد شاملة وخطيرة، كان عددا ليس بالكبير. وينبغي كذلك أن نتذكر أن التقارير المكتوبة من المستعمرات لم تكن تتحدث عن سوء التغذية وإنما عن نقص التغذية، وأن إدراك ذلك لم يكن يعتمد على التقدم الحديث في التغذية.

كانت هناك اعتبارات أخرى تزيد من صعوبة أي زعم بأن هناك تطبيقا مباشرا للمعارف الجديدة، للكشف عن مشكلة خفية، وإن كانت ذات عمر طويل. فقد ظلت المعلومات عن صحة وتغذية الأهالي المحليين متاحة طيلة عقود كثيرة من السنين، ومكدسة في الإحصاءات الحيوية وتقارير العمل وبيانات التجنيد للجيش والتقارير الطبية السنوية، وسجلات المستشفيات، والتقارير الطبية لإرساليات التبشير، وتقارير المسح الطبي المبكرة (عن معدل وفيات الأطفال مثلا). على أن هذه البيانات لم تستخدم أي استخدام منهجي إلا بعد استرجاعها وإعادة استخدامها في أبحاث المسح «الجديدة» في ثلاثينيات القرن. والحقيقة هي أن الدراسات الكينية كانت على وجه الدقة تتخذ مصادر من هذا النوع كأساس لمزاعمها عن مدى اتساع وخطورة المشكلة الغذائية ككل في المستعمرات. ومن الجدير بالملاحظة أيضا أن «العمل في المستعمرات»، ظل لزمن طويل مصدرا مهما للمعرفة بالنسبة لأمراض نقص التغذية. وكانت خبرة أفراد الهيئة الطبية في المستعمرات بالأغذية الخاصة المختلفة والأغذية التي تخصص في حصص، قد أدت إلى تنفيذ أبحاث رائدة، خاصة في مستعمرات الشرق الأقصى (مثل بحث إيچكمان في جزر الهند الشرقية الهولندية، وبحث فلتشر وستانتون وفريزر في ولايات الملايو الفيدرالية والتي كانت كلها أبحاثا عن مرض البري بري). وهناك أبحاث أكثر شهرة أجريت في الهند عن الأغذية في السجون والثكنات وأغذية المعونة للمجاعات، وهي أبحاث وصلت ذروتها في العشرينيات بالدراسات الشهيرة التي أجراها روبرت ماك كاريسون. أما مرجريت ميلانبي فقد أجرت بحثا رائدا في الثلاثينيات عن علاقة التغذية بتسوس الأسنان في كينيا. ومن الواضح أن تيار المعرفة لم يكن يسري كاتجاه واحد من

المركز للأطراف، كما أن الأمر أيضا لم يكن أن ثمة بحثا «خالصا» يطبق لا غير على المشاكل الغذائية.

والحقيقة أنه كان يوجد بين الأطباء في المستعمرات وجهة نظر متميزة عن المشاكل الغذائية. فكانوا يجادلون وهم يتبعون مثل ماك كاريسون، بأن العلماء الأوروبيين يهتمون أكثر من اللازم بأمراض معينة لنقص الأغذية في حين يحدث إهمال لما للتغذية من تأثيرات عامة. فالأطباء في المستعمرات كانوا يهتمون خصوصا بأن يعرفوا كيف تؤدي قلة الغذاء عموما إلى زيادة «الاستهداف للعدوى» وإلى «قلة القوة الحيوية». والسبب في أن هذا كان جد ضروري وقتها، أمر فيه تخمين. فمن الممكن أن ذلك كان يعكس ما لهم من خبرة بقلة التغذية تفوق وتعلو على الخبرة الأوروبية بسوء التغذية، وهي الخبرة الأكثر شيوعا. وقد حدث في وقت مبكر يرجع إلى 1932، أن علق أعضاء مؤتمر مشترك لأطباء من الهند وأفريقيا على احتمال أن تكون ممارسة الطب في المستعمرات أمرا بلا جدوى، فقالوا:

> «عندما يعاني السكان من قلة الغذاء... فإن معالجة الأمراض وحدها لن تؤدي إلا لنتائج لا تذكر مهما كان العلاج فعالا وينفذ على نطاق واسع. فما يلزم هنا أولا هو الإمداد المستمر بطعام كاف ومتوازن للفرد من الأهالي حتى يقاوم العدوى، ويلي ذلك أنه يلزم تحسين الإسكان. وكلا الجانبين يعتمد على الوضع الاقتصادي للمجتمع».

كان ذلك الاجتماع واحدا من أول الاجتماعات لمؤتمرات عديدة بين مناطق مختلفة بدأت في العشرينيات من القرن، وأتاحت لأفراد الهيئات الوظيفية المختلفة في المستعمرات أن يتبادلوا الخبرات، وربما أتاحت لهم أيضا أن تنشأ لديهم وجهة نظر جماعية متميزة بشأن مشاكل المستعمرات. ولا ريب في أن ابتعاد أطباء المستعمرات، جغرافيا وكذلك مهنيا، عن التأثير المتزايد لطب المعامل في أوروبا قد يساعد على تفسير السبب، في أنه قد استمر لديهم مفهوم للتغذية أكثر اتصافا بالكلية وأكثر انتماء لعلم الصحة. وهكذا نجد في ورقة بحث حديثة أن سميث ونيكلسون قد ربطا بين اتجاه مماثل لذلك، من حيث نزعته ضد الاختزالية عند مجموعة من علماء التغذية في جلاسجو (باتون وفينلاي وكاثكارت)، وبين القيم الاجتماعية

المحافظة عند نخبة من الإكلينيكيين كانت نشأة طب المعامل تهددهم مهنيا، كما كانت هناك تغيرات سياسية ذات مدى أوسع تهدد استقلالهم الذاتي. وليس من الصعوبة أن نعثر على الأمثلة الموازية لموقف أطباء المستعمرات. كان التقدم في الطب المعملي وما له من تكنيكات جديدة أمرا لا علاقة له بممارسة الطب في المستعمرات، خاصة بالنسبة لأطباء الأقاليم الذين يعملون «في داخلية البلاد».

ولعل ما حدث من تخفيض للتوظيف في أوائل ثلاثينيات القرن كان مما زاد الوضع تفاقما، حيث أصبح الموظفون الذين ظلوا موجودين أكبر سنا وممن تدربوا في عهد طبي قديم. وفوق كل هذا، فإن الثلاثينيات من القرن قد شهدت نموا متزايدا لأوجه من التحدي للحكم الاستعماري، كانت تتضمن هجوما على الخدمات التقنية.

هذا وقد حدث على نحو فريد أن الحكومة البريطانية لم تنظر إلى تقرير عصبة الأمم كله بلغة من الطب أو الصحة العامة، وإنما نظرت إليه في السياق الاقتصادي الواضح للكساد العالمي. ويلخص لورد أستور، الذي أصبح رئيس (لجنة العصبة لمشكلة التغذية) في 1935، يلخص هذا الرأي كالتالي:

> «إن الاهتمام الزائد الذي أبدته الجمعية العامة الأخيرة بالتغذية يرجع أول كل شيء إلى إدراك أن هناك مكانا لإجراء تحسينات كبيرة في الصحة العامة، وللإصلاح الاجتماعي من خلال التغذية: ولكن... الاهتمام الذي أُبدي يرجع أيضا إلى حقيقة أنه من خلال تحسين التغذية ينبغي أن يصبح من الممكن الإسهام أولا في حل المشاكل الزراعية القومية والدولية، وثانيا الإسهام في تحسين الوضع الاقتصادي في العالم».

والأمر في أبسط أحواله أنه ليبدو من غير المعقول أن تتزايد الأدلة على أن العالم يعاني من الجوع في وقت توجد فيه فوائض زراعية. وبالتالي، فإن عصبة الأمم هي والمجموعات والأفراد من ذوي التوجه العلمي كانوا ينشدون وضع خطة لنظام زراعي جديد للعالم. كان من نتائج هذا الاهتمام أن صدر تقرير للعصبة في 1937 عن «العلاقة بين الصحة والزراعة والسياسة

الاقتصادية»، و «خطة طعام العالم 1938»، وكذلك نشأت منظمة الطعام والزراعة بالأمم المتحدة التي تشكلت في 1944. وفيما يتعلق بإدارة مستعمرات الإمبراطورية البريطانية، فإن تأثيرات الكساد كانت أكثر تعقدا. وقد سبق أن طرح أن الحكومة حاولت استخدام المستعمرات لتخفيف تأثير الركود، وذلك بأن بادرت باقتراحات لربط اقتصاديات الإمبراطورية ربطا أوثق ببريطانيا ـ كما في إنشاء صندوق تمويل تنمية المستعمرات، ووضع الأفضلية الإمبريالي في 1932. على أن المستعمرات كانت في نفس الوقت بصفتها كمنتج أولي، قد ضُربت بشدة بانخفاض أسعار السلع وما ترتب عليه من انخفاض في الدخل، ولهذا فإنها لم تكن في موقف طيب يتيح لها دفع الضرر ماليا عن بريطانيا.

وبينما كان يدور حديث كثير عن «التنمية» كان الواقع أنه يوجد ركود اقتصادي في معظم المستعمرات بل وحتى تراجع في مستوى المعيشة. وهذه الصعوبات الاقتصادية هي والاضطراب السياسي وما نشأ عنهما من حركات الاستقلال الحديثة الولادة، هذا كله كان يعني أن مشاكل المستعمرات لها تأثيرها الضاغط بأكبر مما يمكن تجاهله. وبالإضافة إلى ذلك، كان على الحكومة أن تجابه نقدا من عدد متزايد من المثقفين الذين يحاجون بأن المسؤوليات الإمبريالية قد أهمل أمرها، وليس هذا فحسب، بل إنها أيضا لاتحظى بالفهم. ويمكن أن نضرب مثلا لهذه الهموم الشاغلة بنزعة الهيمنة الأبوية الجديدة، التي ظهرت في مبادرات مثل بحث لورد هايلي «مسح أفريقيا»، وكذلك المسح العلمي المكمل الذي أخذه على عاتقه أ. ب. هيذر نجتون.

وبالتالي، فإن الحكومة البريطانية إذا كانت قد دفعت إلى اتخاذ إجراء بواسطة عصبة الأمم، فإنها عندما بدأت رسميا تعالج مسألة التغذية في المستعمرات عرفت القضية من حيث بناؤها، على أنها قضية تنمية زراعية واقتصادية، بأولى من أن تكون قضية خدمات طبية وصحة عامة. وصدرت في 1936 رسالة دورية تعلن أن مسحا ضخما لسوء التغذية في المستعمرات، سيجري تنظيمه بواسطة لجنة فرعية من لجنة (م.أ. أ). وطلبت الرسالة الدورية من حكومات المستعمرات، أولا أن توفر المعلومات عن وضع التغذية بالنسبة لسكانها المحليين، وثانيا أن تستكشف سياسات العمل الزراعية

بقصد التوصل إلى توازن أفضل بين المحاصيل التصديرية ومحاصيل الطعام المحلية، لأن «زيادة الاهتمام بالاحتياجات الغذائية قد تؤدي أيضا إلى أن تخفف كثيرا ... من حدة المشاكل الاقتصادية».

الحلول

اجتمعت لجنة (م. أ. أ) لشؤون التغذية في مستعمرات الإمبراطورية أربع مرات فقط، فيما بين تشكيلها في 1936 وإعلان تقريرها النهائي في 1939. وحولت الجوانب العلمية من المشكلة إلى خبراء في لجنة فرعية للأبحاث، بينما عهد إلى سكرتارية اللجنة بفحص الإجابات عن رسالة 1936 الدورية وكتابة مسودة التقرير. وأدى بحث اللجنة الفرعية للأبحاث إلى إقرار الاستنتاجات السابقة، بأنه لا توجد فروق أساسية بين فيزيولوجيا (وظائف أعضاء) أعراق المناطق الحارة وفيزيولوجيا الأوروبيين، وجادل البحث بأن المطلوب الآن هو أبحاث المسح الميدانية بدلا من الأبحاث المعملية. ونصح أعضاء اللجنة بأن وضع شروط «للغذاء المثالي» أمر فيه مضيعة للوقت، لأن الغذاء المتوسط في بلاد المناطق الحارة في الظروف الحالية «يقل كثيرا عن الغذاء المثالي». وكان هناك المزيد والمزيد من الأدلة التي تدعم هذا الرأي وتصل إلى اللجنة الرئيسية شهرا بشهر، كردود على وصول الرسالة الدورية لوزير الداخلية.

استجابت كل مستعمرة بطريقة مختلفة إلى طلب المعلومات منها. وكان الأكثر شيوعا هو أن يقوم بكتابة هذه التقارير مدير الخدمات الطبية أو هيئة الخدمات الزراعية، وإن كان هناك تقارير قد كتبت في بعض الحالات بواسطة هيئات تشريعية محلية، أو لجان تغذية محلية ألفت خصيصا لهذا الغرض. وتم في مستعمرات قليلة إجراء أبحاث مسح ميدانية جديدة، ولكن الاتجاه الرئيسي كان بأن يتم الاعتماد على الوثائق الموجودة من قبل وعلى «خبرة» الموظفين المحليين. وفي ترينيداد مثلا عين الحاكم مجموعة لها صفة تمثيلية اعتمد تقريرها على الإحصاءات الحيوية المحلية، وعلى مسح غذائي جديد محدود، وعلى التقارير الطبية والاستخبارات الاقتصادية. كان جزء كبير من الأدلة التي جمعت بين أن هناك جهلا بعلم التغذية بين السكان المحليين، ويبين حقيقة أن أغذية الأهالي كانت سيئة التوازن على

أنه لم يكن هناك مفر من استنتاج أن المشكلة تتجاوز علم التغذية.

«على لجنة (م. أ. أ) أن تواجه أيضا مشكلة نقص الغذاء التي ترجع عادة إلى الفقر، وإن كانت أحيانا نتيجة الجهل. والفقر يعد أساسا مسألة اقتصادية يتجاوز مداها ما يمكن للجنة أن تتناوله».

وأبدى حاكم أنتيجوا هذا الرأي نفسه، فكتب مستشهدا بكبير أطبائه أن «العامل الرئيسي في أنتيجوا هو العامل الاقتصادي... وقد أجريت بحثا على حالات عديدة من سوء التغذية في الأطفال، وعمليا فقد وجدت في كل حالة أن السبب هو الفقر. فالآباء ليس لديهم القدرة على شراء الطعام». وأتت رسائل مماثلة من غرب أفريقيا ومن الشرق الأقصى. وبينت تقارير غرب أفريقيا وجود أدلة على تدهور صحة الأهالي منذ القرن التاسع عشر، وفي حالة سيراليون ربط ذلك مباشرة مع «نقص في رعاية الحيوانات» وتزايد سوء التغذية. أما مدير المصلحة الطبية في ساحل الذهب فيبدو أنه يربط الأمر ربطا مباشرا مع النتائج المترتبة على اقتصاد المستعمرة الموجه للتصدير.

> «كُرس الكثير من الاهتمام للكاكاو وصناعات التعدين بحيث تعرضت إحدى الحقائق للإهمال، وهي أن معظم السكان مزارعون بسطاء في القرى يعيشون أساسا على الطعام الذي يتم إنتاجه في مزارعهم. وبالتالي فإن أي مراقب لسير الأمور لا يمكن إلا أن يلفت نظره وجود الحاجة إلى المحافظة على الغابات وإجراء الإصلاحات للنظام الحالي المسرف للزراعة المتنقلة، وذلك بتعليم المزارعين بطرائق الإنتاج المكثف والقيمة الغذائية النسبية لمحاصيلهم».

وأتت من موريشيوس مقولة بأنه:

> «ثمة انطباع منتشر بين الكثيرين من الموظفين بأن عمال الحقول حاليا هم على نحو حاسم أقل قوة من العمال منذ جيل سابق أو أكثر، وأن كمية العمل التي يتم أداؤها أصغر مما قبل. ويدعم من هذا الانطباع رأي (المشرف على حماية المهاجرين) و (مفوض قانون الفقراء)».

أما شرق أفريقيا فكان الجهة الوحيدة التي أتت منها إجابات تطرح أن

المشكلة الأساسية هي سوء التغذية وليست نقص التغذية، وهو ما يعكس بلا ريب نتائج أبحاث مسح بويد أور. والتقرير الآخر الوحيد الذي برز ظاهرا، تقرير من سيلان، حيث كان من المعتقد فيه أن زيادة السكان المفرطة وطول العهد بتأخر الشعوب في المستعمرات هما السبب الرئيسي للمشاكل الغذائية. إلا أن معظم الأدلة من كل المستعمرات الأخرى تطرح بالفعل أن المشاكل الغذائية الخطيرة أصلها حديث. فكان المفهوم العام هو أن صحة الناس قد تدهورت في الزمن الحديث.

في مارس 1938 جهزت السكرتارية مسودة تقرير على أساس الأدلة التي تجمعت عبر ثمانية عشر شهرا ووزعت هذه المسودة دوريا. وكانت مسودة التقرير أساسا تتبع بأمانة استنتاجات التقارير المحلية، فحددت أن الفقر ثم الجهل هما السببان الرئيسيان لسوء التغذية في المستعمرات. وكان الرأي أن الفقر ناتج عن عدم الكفاية في إنتاج محاصيل الطعام، وعن الأجور المنخفضة وقلة المحاصيل، وعن أن المستعمرات تتلقى عائدا غير كاف مقابل محاصيلها التصديرية. والجهل هنا لا يعزى إلى السكان من الأهالي، وإنما يعزى إلى «أصحاب الصفة الرسمية في الحكومة وأولئك الذين لديهم سلطة التحكم في تغذية الآخرين، مثل أصحاب العمل ورجال الإرساليات والمدرسين». وبمعنى ما، فإن هذا التقرير يمكن فهمه على أنه اتهام للسياسة في المستعمرات وللمذهب الاستعماري نفسه. لاريب أن تحليل التقرير يتطابق مع ما عرّفه هيذرنجتون على أنه «المشكلة الاستعمارية»:

> «(إن هذا) يختص بالمشاكل العامة للتنمية، وبمحاولة توفير بعض نوع من الإرشاد إلى الحلول. (إنه) يؤكد على أن مصالح السكان من الأهالي لها الأولوية، ويتعامل مع مشاكل مثل تراكم رأسمال داخلي، ومنع استنزاف الثروة من المستعمرات بغير ضرورة، والمشاكل المرتبطة بالتوازن الصحيح بين الإنتاج الزراعي للاستهلاك في الوطن والإنتاج الزراعي للتصدير».

لم يكن من غير الشائع في أواخر الثلاثينيات أن تصدر انتقادات للسياسة الاستعمارية حتى من الهيئات الرسمية. من ذلك مثلا أن نتائج المفوضية الملكية بالهند الغربية كانت جد مثيرة للخلاف حتى أن نشرها أُخّر من

1939 حتى 1945. وكانت أودري ريتشاردز قد لخصت في 1939 آراء الكثيرين من علماء أفريقيا، عندما كتبت أن تغذية وصحة شعوب المستعمرات «قد تدهورت بالاحتكاك بمدنية البيض وليس العكس». وبالنسبة لها هي على الأقل، فإن سوء التغذية في المستعمرات يعد وباء حديثا.

على أن مسودة التقرير ينبغي أن تفهم، ليس على أنها في «حد ذاتها» نقد للمذهب الاستعماري، وإنما أن تفهم بأكثر على أن سياسات المستعمرات لم تكن ناجحة كما ينبغي أن تكون، بل إنها يمكن أن تسبب لنفسها هزيمة ذاتية. كما أشارت معظم التقارير المحلية إلى التأثيرات الشديدة خصوصا التي أحدثها الركود العالمي في المستعمرات وشعوبها. فقد تضررت مصادر الدخل المحلي بهبوط التجارة، وفُرضت تخفيضات على الشركات المحلية كما خفضت الخدمات في المستعمرات بما في ذلك الخدمات الطبية. ويُنظر في مسودة التقرير إلى السكان المحليين على أنهم سلبيون تماما، ولا يعطَون أي دور في تحسين الأحوال، ويبدو ضمنا أن المسودة فيها محاجة بأن مشاكل التغذية ليست من صنعتهم. كما تطرح المسودة أنه حتى «الجهل» يعد من الأمور التي ينبغي أن تعالجها السلطات الاستعمارية. وأُنشئ تركيب لمشكلة سوء التغذية في المستعمرات، على أنها مشكلة للهيئات الوظيفية الاستعمارية التي تتطلب سياسات عمل وبرامج جديدة. وقيل إن السياسات الموجودة فيها سوء معلومات، كما أنها غير فعالة، ومضادة للإنتاج. وتعكس التعليقات التي من هذا النوع المخاوف التي كان يعبر عنها خبراء الزراعة في المستعمرات، بشأن النتائج الاقتصادية والإيكولوجية(*5) للزراعة ذات المحصول الواحد والزراعة المتنقلة(*6)، والحقيقة أنه قد حدث بين الحربين تحول في علم زراعة المناطق الحارة في المستعمرات، وبدلا من أن يكون نهجا توجهه للإنبات يتأسس على المحصول، أصبح نهجا ينشغل بالمنظومات الزراعية الأوسع نطاقا، ويشمل معا الطعام والمحاصيل النقدية. كانت سياسة العمل المفضلة عند علماء زراعة المستعمرات تبين مرة أخرى انهيار خصوصية المناطق الحارة، حيث كانت هذه السياسة هي أن يتم في المستعمرات إدخال ما وجد وقتها من الممارسات البريطانية السائدة، من «الزراعة المختلطة»(*7) و «التسميد الأخضر(*8). والحقيقة أن علماء زراعة المستعمرات هم أساسا الذين ربطوا بين سوء التغذية والنمو السكاني، ولكن حتى في ذلك الوقت

كان النمو السكاني يعد اتجاها بازغا بدلا من أن يكون سببا للمشاكل الموجودة. كما أن هؤلاء العلماء كانوا دائما يربطون النمو السكاني بتآكل التربة، لينتج عن ذلك تحليل فيه تهديد لأي إصلاح في المستقبل للزراعة في المستعمرات، وذلك معا بسبب العرض (فقدان الأرض) والطلب (النمو السكاني).

وافق معظم أعضاء اللجنة الرئيسية على مسودة التقرير. على أن رد فعل أحد الأعضاء، وهو البروفيسور ن. ف. هول، قد أدى إلى تغيير رئيسي بإعادة كتابة وتنظيم الوثيقة. فقد عارض هول تشديد الوثيقة على انخفاض المستوى الاقتصادي في المستعمرات، وجادل بأنه ينبغي تنمية محاصيل الطعام على حساب المحاصيل النقدية وغيرها من الصادرات. ونادى بأن أي تحركات مما يمكن أن ينظر إليها على أنها تجعل الإنتاج في المستعمرات أكثر تكلفة، أو تقلل من كونه متاحا للناس أو تؤدي إلى الحالين معا، هي تحركات ستكون بمنزلة «ديناميت سياسي». واقترح أنه بدلا من ذلك، فإن التقرير كله ينبغي أن يبذل قدرا أكبر كثيرا في العناية بأمور الغذاء والتغذية. «إن الوضع المعرفي بالنسبة للقضايا الاقتصادية المتضمنة، هو فيما أعتقد أقل بما له اعتباره عن الوضع المعرفي بالنسبة للخواص المفيدة لأنواع معينة من مواد الطعام». وكانت هناك نتيجة عارضة، وإن كانت بلا ريب نتيجة مقصودة، لهذا التغيير في الناحية التي يشدد عليها التقرير، وهذه النتيجة هي أن لهجة التقرير تحولت من لهجة متشائمة إلى لهجة متفائلة. وتراجع التشديد على المشاكل البنيوية الصعبة العلاج، ليفسح المكان لفكرة أنه يمكن حل المشاكل بإجراءات عملية معروفة تستطيع الحكومة أن تعمل على إدخالها.

استغرقت إعادة كتابة التقرير حوالي السنة وكانت التغييرات التي جرت فيه تغييرات جوهرية. وظلت المحاجة الرئيسية فيه أن انخفاض مستوى المعيشة مع الجهل هما في الجذر من المشكلة، إلا أن النقطة السابقة لم تطرح بنفس القوة التي طرحت بها من قبل. ونوقشت الأسباب الآن بطريقة أقرب لأن تكون طريقة أكاديمية وذلك في قسم من التقرير كان عنوانه «الصفة العامة للمشكلة»، وذلك بدلا من القسم الأصلي الأكثر مباشرة، والذي كان عنوانه «أسباب سوء التغذية والإجراءات العملية للخلاص منها»،

وكان التقرير النهائي على وجه أكثر عمومية متضخما بأقسام كبيرة جديدة عن موضوعات غذائية، مثل «الإضافات المرغوبة لأغذية المستعمرات»، و «جني الأغذية وحفظها وتخزينها ومعالجتها وطهوها» و «شراء مواد الطعام». ولا ريب في أن اللجنة تلقت المشورة عن الأغذية المثلى من لجنة وزارة الصحة الاستشارية للتغذية، وأُوصي في النهاية بتطبيق ذلك في المستعمرات، بالرغم من حقيقة أن خبراء لجنة الأبحاث الفرعية التابعة للجنة الرئيسية نفسها، قد ذكروا أن هذه المعايير لا علاقة لها بالمستعمرات.

كانت نسختا التقرير قد عُرّف فيهما معا سوء التغذية في المستعمرات على أنه أساسا مشكلة زراعية. وقد طرح الأمر في المسودة الأولى على أنه من شؤون الاقتصاد السياسي، أما في النسخة الثانية فإنه أمر من شؤون «تعليم الأهالي». وصور الأهالي هنا على أنهم قد وقعوا في قبضة دائرة مفرغة من الجهل والفقر والمرض. والمرض تعالج أمره الخدمات الطبية، والفقر يعتمد على قوى الاقتصاد العالمي، وبالتالي فإن ذلك يبقي لنا الجهل على أنه المجال الوحيد الذي يمكن أن تتخذ فيه توصيات ذات شأن. وكما يكشف لنا تحليل التقرير، فإن هناك تزايدا في التأكيد على أن الجهل هو السبب الجذري للفقر والمرض، وهو النقطة التي يمكن عندها كسر الدائرة المفرغة على نحو فعال أقصى الفعالية. فإذا عرف الناس ماذا يزرعون وكيف يزرعونه وماذا يأكلون وكيف يطهونه، فسوف يقل الفقر عندها، وبالتالي يقل المرض. من الذي سيوجه «الأهالي الجهلة» إلى إتقان الممارسات الزراعية والغذائية؟ كيف، أنها نفس الهيئات الوظيفية في المستعمرات التي أدانتها مسودة التقرير لجهلها! وعموما فإن مشكلة سوء التغذية في المستعمرات أصبحت مشكلة ينظر إليها على أنها يمكن حلها، بحشد الخبراء المناسبين وبالتعاون بين الخبراء الغذائيين وعلماء الزراعة والأطباء والأنثروبولوجيين والمدرسين والاقتصاديين. وباختصار، فإن التغذية تحولت من مشكلة يتم تصور مفهومها كمشكلة بنيوية أساسا، لتصبح مشكلة يتم تصور مفهومها كمشكلة تقنية.

الاستنتاج

عندما تم في النهاية نشر التقرير عن التغذية في «مستعمرات

الإمبراطورية» في يوليو 1939، لم يجذب التقرير إلا أقل الانتباه مهنيا أو جماهيريا أو سياسيا. وكان هذا في جزء منه فقط نتيجة لما حدث من إضعاف لقوة استنتاجاته في أثناء تسويده. وبحلول ذلك الوقت كان التقرير لا يذكر أي شيء جديد. ذلك أنه بعد 1936 نوقشت مشكلة التغذية في مستعمرات الإمبراطورية نقاشا واسعا في دوائر المستعمرات، وفي المحلات الطبية والزراعية. على أن السبب الرئيسي لتجاهل التقرير هو في الغالب المؤكد ظهور الأزمة السياسية في أوروبا، وظهور الرأي بأن أي مسألة تتعلق بتنمية المستعمرات عليها الآن أن تنتظر نتيجة الصراع الوشيك.

ومن الممكن أن نجد في التقرير أدلة تدعم كل تفسير من التفسيرات الثلاثة لمصادر سوء التغذية في البلاد النامية. وليس في هذا ما يثير الدهشة، لأنه من غير المحتمل أن يغطي أي تفسير وحيد المنظومات الثقافية والاقتصادية المنوعة الموجودة في مستعمرات الإمبراطورية. وأحد جوانب التقرير المهمة التي تصدق أيضا على السياسة الاستعمارية بالنسبة للشؤون الزراعية والطبية والعلمية، هي أن التنوع الموجود في المستعمرات قد حجبه افتراض أن كل المستعمرات لها بيئة مشتركة كمناطق حارة، وبها شعوب تتوحد في تخلفها. وهكذا يصبح الكيان الإداري كيانا «طبيعيا». والأدلة التي في التقرير تشير بالفعل بما لها من ثقل إلى أن مشكلة سوء التغذية في المستعمرات لم يتم تصور مفهوم لها إلا في ثلاثينيات القرن. وليس هذا فحسب، بل إن هناك أيضا حقيقة أنها ظاهرة جديدة على الأرض في المستعمرات. ومما يثر الاهتمام، أنه في ضوء من المناقشات الأحدث، لم يكد يرد أي ذكر للنمو السكاني كعامل مهم في المشكلة. والتفسيرات التي طرحت للمشكلة هي تأثير الركود العالمي، وتمزق عرى الممارسات الزراعية التقليدية، وتطبيق معارف التغذية الجديدة واتخاذ مواقف جديدة من شعوب المستعمرات.

هذا وقد كان «اكتشاف» سوء التغذية في المستعمرات نتيجة للانتقال المباشر «لأبحاث مسح الغذاء» من المركز إلى الأطراف. والنقطة المهمة هنا هي أن هذا الانتقال كان مباشرا ولم يتضمن تشكيل علم خصوصي للتغذية في المناطق الحارة. ولما كان علم التغذية له جذوره في علمين أساسيين هما الفيزيولوجيا والكيمياء الحيوية، فإن ذلك كان يسمح بطريقة تناول مشتركة

لمشاكل تنتشر على نطاق العالم، وهي مشاكل كانت تنكرها قبل ذلك مواد مثل طب المناطق الحارة وزراعة المناطق الحارة. وبالتالي، فإن خبراء التغذية البازغين وأولئك الخبراء الذين طبقوا تقنياتهم، كانوا بمنزلة هيئة العمل الفعالة الرئيسية في الكشف عن الصورة الجديدة للمرض في المستعمرات. أما ما ترتب بعد ذلك من «إدراك» سوء التغذية بواسطة صانعي سياسة المستعمرات، فكان أمرا يعتمد كله تقريبا على تأثيرات الركود العالمي في الزرعة في العالم وفي اقتصاديات المستعمرات. واتجه النظر على نحو ساذج إلى السكان المحليين على أنهم السوق المحتمل لفوائض الزراعة في العالم. أما ما كان أكثر مباشرة من ذلك فهو أن الضغط السياسي المتزايد على القوى الإمبريالية من الداخل والخارج معا، كان يعني أن هذه المشاكل يجب أن تتم مجابهتها أو يجب على الأقل أن ينظر إليها على أنها مما يجابه. وكما يحدث دائما فإن الاستجابة الرسمية للدعوة إلى إجراء أبحاث، بدت أمرا بناء يمكن دائما أن يُطرح أنه كان بمنزلة المقدمة التي تسبق الإجراء الفعال. ولاشك في أن توصيف خواص المشكلة قبل 1938 كان على أنها أساسا مشكلة اقتصادية، وارتبط ذلك بوضوح مع تفاعلات أوسع ضد المذهب الاستعماري. ولم يكن من غير الشائع في بريطانيا قبل ثلاثينيات القرن أن تترابط معا أبحاث المسح الغذائي والآراء السياسية الراديكالية. ولكن كما حدث في بريطانيا، فإن الأبعاد التقنية للمشكلة أتاحت نسيان هذه الراديكالية عندما تغير تعريف المشكلة، من تعريف لبنية غير ملائمة إلى تعريف لمعرفة غير كافية. وقد أدى التشديد النهائي في هذا الموضوع على «جهل الأهالي» والتأخر العام في المستعمرات، إلى أن أتاح تجاهل الأصول الحديثة للمشكلة. وتمت إعادة تركيب مشكلة سوء التغذية في المستعمرات تركيبا سريعا سهلا، بأن تحول النظر إليها من مشكلة وبائية إلى مشكلة متوطنة، حيث المذهب الاستعماري غير مسؤول عنها إلا أقل مسؤولية، ولا يمكنه أن يمارس تجاهها إلا أقل تحكم.

الحواشي

(*1) المقصود بين الحربين العالميتين أي حرب 1914، وحرب 1939ـ (المترجم).

(*2) نقص التغذية وسوء التغذية مصطلحان يختلفان طبيا. فنقص التغذية حالة تنتج عن عدم كفاية الطعام الذي يؤكل لفترة ممتدة من الزمان، وهي في الحالات القصوى تسمى مجاعة. أما سوء التغذية فحالة مرضية ناتجة عن نقص أو زيادة، نسبية أو مطلقة، في واحد أو أكثر من العناصر المغذية. وهذا يشمل قلة التغذية، وفرط التغذية، وعدم توازن الطعام، ونقص عناصر معينة من الطعام. وسوء التغذية في هذا الفصل يقصد به عامة حالات النقص لا الزيادة ـ (المترجم).

(*3) المالتوسية نسبة إلى مالتوس الاقتصادي الإنجليزي 1766 ـ 1834. وترى نظريته (المالتوسية) أن السكان يتكاثرون بمتوالية هندسية بينما موارد الطعام تزيد فحسب بمتوالية حسابية. وبالتالي، فإن استمرار تكاثر السكان هكذا يعرض العالم للمجاعة ـ (المترجم).

(*4) الهيئة الدولية التي أنشئت بعد الحرب العالمية الأولى، وتماثلها حاليا هيئة الأمم المتحدة ـ (المترجم).

(*5) الإيكولوجيا فرع علم الأحياء الذي يدرس العلاقة بين الكائنات الحية وبيئتها ـ (المترجم).

(*6) الزراعة المتنقلة نظام لزراعة الأراضي حيث تعد مساحة من الأرض للزراعة ويستمر ذلك حتى تستنفد التربة خصوبتها فتهجر هذه المساحة إلى مساحة أخرى ـ (المترجم).

(*7) الزراعة المختلطة تكون في المزارع التي تعمل معا على تنمية المحاصيل وتربية الماشية ـ (المترجم).

(*8) التسميد الأخضر هو زراعة أحد المحاصيل ليستخدم كسماد أخضر بحفره في التربة ليكون سمادا لمحصول آخر يزرع بعده ـ (المترجم).

المحرر في سطور:

داڤيد أرنولد

* مدرس في قسم التاريخ بجامعة لانكستر، وهو مؤلف كتاب «سلطة الشرطة والحكم الاستعماري: مدارس، 1859- 1947»، (1986)، وكتاب «المجاعة» (1988). وكتب عن سياسة العمل للمزارعين هي والاستعمار في الهند في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين. وهو حاليا يضطلع يبحث عن تاريخ المرض والطب في الهند البريطانية.

المساهمون في سطور:

آي. ج. كاتاناتش:

* مساعد أستاذ في التاريخ بقسم التاريخ في جامعة كانتربري، كريست تشيرش، نيوزيلندا. وهو مؤلف «الائتمان الريفي في الهند الغربية: الائتمان الريفي والحركة التعاونية في ولاية بومباي 1875-1930» (1970). كما ألف مقالات عدة عن تاريخ المزارع الهندي. وهو على وشك إنهاء كتاب عن الطاعون في الهند.

والترود أرنست:

* حاليا زميلة بحث في معهد ويلكوم لتاريخ الطب، لندن. وقد تخرجت في جامعة كونستانز، حيث درست السياسة الدولية وعلم النفس. وحصلت على درجة الدكتوراه من مدرسة الدراسات الشرقية والأفريقية بلندن في 1987. وتعمل في تأليف كتاب عن تاريخ حالات الجنون الأوروبية في مستعمرة الهند.

جون فارلي:

* أستاذ البيولوجيا

الحضارة

دراسة في أصول وعوامل قيامها وتدهورها

تأليف:

د. حسين مؤنس

وأستاذ مشارك للتاريخ في جامعة دالهاوس، هاليفاكس، كندا. وهو علم طفيليات بحكم تدريبه. ويعمل حاليا في بحث عن تاريخ طب المناطق الحارة مع التأكيد بخاصة على البلهارسيا. ومن ضمن ما نشر له «الخلاف على التولد التلقائي من ديكارت حتى أوبارين» (1977)، و«جاميتات وبوغات: أفكار عن التكاثر الجنسي 1750-1914» (1982).

رينالدو إليتو:

* أستاذ مساعد في قسم التاريخ، جامعة جيمس كوك، نورث كوينز لاند، تاونز فيل، أستراليا. وقد بحث في جوانب عديدة من التاريخ الحديث للفيلبين، وخاصة مجتمعها القروي. وهو مؤلف «ياسيون والثورة: الحركات الشعبية في الفيلبين 1840-1910» (1979).

مارينيز ليونز:

* زميلة بحث شرفية في قسم صحة المناطق الحارة في مدرسة لندن للصحة وطب المناطق الحارة. حصلت حديثا على دكتوراه الفلسفة من قسم التاريخ، جامعة كاليفورنيا، لوس أنجلوس، وذلك عن رسالة بحث عن «أمراض المستعمرات: مرض النوم في التاريخ الاجتماعي لشمال زائير 1903-1930».

مالكولم نيكولسون:

* زميل بحث في معهد ويلكوم لتاريخ الطب، لندن. ويجري أبحاثا على تاريخ الطب والعلم الحديثين. ومن ضمن ما نشر له حديثا «الكسندر ڤون همبولدت، العلم الهبولديتي وأصول دراسة الحياة النباتية»، وذلك في تاريخ العلم (1987). وهو يعد دراسة عن السياق الاجتماعي لعلم النبات في نيوزيلندا في القرن التاسع عشر.

تيرنس رينجر:

* أستاذ العلاقات العرقية بجامعة أوكسفورد. وهو مؤلف لعدد من الكتب والمقالات عن الديانات والسياسات الأفريقية، وعن الثقافة الشعبية للمستعمرات في أفريقيا. ويبحث حاليا في التاريخ الزراعي لماتا بيلملاند الحديثة.

مايكل ووربويز:

* مدرس تاريخ في قسم الدراسات التاريخية والنقدية في معهد بوليتكنيك مدينة شيفيلد. واهتماماته الرئيسية في البحث تدور حول العلم

(وخاصة العلوم الطبية) في الإمبراطورية البريطانية. وهو حاليا يدرس تأثير نظرية الجراثيم في الطب البريطاني من 1880-1914.

المترجم في سطور:

د. مصطفى إبراهيم فهمي:

* بكالوريوس الطب والجراحة - جامعة القاهرة، 1954.

* دكتوراه في الكيمياء الإكلينيكية، جامعة لندن، 1969.

* عمل أستاذا للكيمياء الإكلينيكية بالأكاديمية الطبية العسكرية 1980، ورئيسا لقسم الباثولوجيا الإكلينيكية، 1983، ورئيسا للمجلس الموحد للأمراض الباطنية 1985.

* نشر ما يزيد على ثلاثين بحثا في الكيمياء الإكلينيكية بالدوريات الإنجليزية والعربية.

* ترجم لسلسلة «عالم المعرفة» ثلاثة كتب: «التنبؤ الوراثي»، و«علم الأحياء والأيديولوجيا والطبيعة البشرية»، و«النهاية»: الأعداد 130 ، 148 ، 191 على الترتيب.

هذا الكتاب

يتناول مؤلفو هذا الكتاب تاريخ الطب الغربي وأهدافه في المستعمرات، خاصة في القرنين التاسع عشر والعشرين، وفي مستعمرات مختلفة قبل استقلالها، ابتداء من مصر والكونغو، حتى الهند والفيلبين. ويعيد المؤلفون تقييم الطب الغربي هكذا باستخدام نظرة شاملة تتضمن تفاعلات وتأثيرات العوامل السياسية والاقتصادية والبيئية والثقافية لدى الحكام والمحكومين.

ويبين الكتاب أن إدارات المستعمرات كثيرا ما استخدمت الطب الغربي لتبرير شرعيتها وإثبات تفوقها، أكثر مما استخدمته لفائدة الشعوب المحكومة. بل إن محاولات إدخال مفاهيم ممارسات الطب الغربي في المجتمعات المحلية كانت أحيانا تؤدي إلى أضرار أكثر من المنافع، خاصة عند محاولة فرضها بالقوة على ثقافات ترفضها.

والكتاب من خلال مناقشة ذلك بأسلوب شائق، وأحيانا ساخر، يلقي ضوءا جديدا على قضايا وثيقة الصلة بما يدور حاليا من جدل حول تنمية العالم الثالث وأحواله الصحية. كما أنه يلقي ضوءا على النواحي الشعبية والفولكلورية في ممارسة الطب، والمعتقدات الطبية لدى الشعوب. وهو بهذا يبين مدى الترابط والتداخل بين العلوم الطبيعية أو العلمية، والعلوم الإنسانية أو النظرية.